

Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

Onze referentie
2015066148

0530 2014081424

Datum 8 juni 2015
Betreft Rapport Beleidswijzigingen hoorzorg 1 januari 2013

Geachte mevrouw Schippers,

In zijn vergadering van 8 juni 2015 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland het rapport 'Beleidswijzigingen hoorzorg 1 januari 2013, Evaluatie' besproken en vastgesteld.

Het doet ons genoegen u dit rapport, dat u aantreft als bijlage bij deze brief, aan te bieden.

Per 1 januari 2013 is de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie geïntroduceerd. Ook werd een eigen bijdrage ingevoerd voor hoortoestellen en tinitismaskeerders in plaats van de tot dan toe geldende maximumvergoeding. Het doel van deze beleidswijzigingen was om de doelmatigheid en de (financiële) toegankelijkheid van de hoorzorg te verbeteren, bij gelijkblijvende lasten voor het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) en gelijkblijvende kwaliteit.

Om na te gaan of de beoogde effecten van de beleidswijzigingen worden behaald, hebben wij een evaluatieonderzoek laten uitvoeren.

Gezien de uitkomsten van deze evaluatie, waaruit blijkt dat de beoogde effecten van de beleidswijzigingen in de hoorzorg tot nu toe zijn behaald, adviseren wij u geen wijzigingen aan te brengen en het huidige beleid te handhaven.

Op basis van het voorliggende rapport en de conclusies, komen wij tot een aantal aanbevelingen aan de bij de hoorzorg betrokken partijen. Wij zullen monitoren of deze voorgestelde aanbevelingen navolging krijgen in de praktijk en een bijdrage leveren aan het gepast gebruik van kwalitatief goed hoorzorg. Ook zullen wij de kostenontwikkeling op het terrein van de hoorzorg nauwgezet blijven volgen.

Hoogachtend



Zorginstituut Nederland

Beleidswijzigingen hoorzorg 1 januari 2013

Evaluatie

Datum	8 juni 2015
Status	Definitieve versie

Colofon

Volgnummer	2015005612
Zaaknummers	2013002517 en 2014040400
Contactpersoon	
Afdeling	Sector Zorg

Inhoud

Samenvatting

Aanleiding en doel onderzoek
Per 1 januari 2013 is, in navolging van een advies van het Zorginstituut, de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie geïntroduceerd. Ook werd een eigen bijdrage van 25% ingevoerd voor hoortoestellen en tinnitismaskeerders in plaats van de tot dan toe geldende maximumvergoeding.[1] Het doel van deze beleidswijzigingen was om de doelmatigheid en de (financiële) toegankelijkheid van de hoorzorg te verbeteren, bij gelijkblijvende lasten voor het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) en gelijkblijvende kwaliteit.
Met behulp van het Keuzeprotocol hoorzorg (verder: het Keuzeprotocol) wordt sinds 1 januari 2013 door de audicien of audioloog vastgesteld welk type hoortoestel voor welke slechthorende verzekerde, gelet op zijn gehoorbeperking, het best passend is.

Om na te gaan of de beoogde effecten van de beleidswijzigingen worden behaald, hebben wij een evaluatieonderzoek laten uitvoeren. Ook hebben wij onderzoek laten doen naar het functioneren van het Keuzeprotocol.

Uitkomsten onderzoek
Op grond van de uitkomsten van de onderzoeken[2] kan worden gesteld dat de met de beleidswijzigingen beoogde effecten tot nu toe zijn behaald.

- De beleidswijzigingen hebben tot nu toe geen nadelige gevolgen gehad op de ervaren kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg en de ervaren kwaliteit van de verstrekte hoortoestellen. Op sommige onderdelen is de waardering van de ervaren kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg na de beleidswijzigingen zelfs toegenomen, met name op het punt van de ervaren verhouding prijs - kwaliteit van de hoortoestellen.

- Verder blijkt dat nagenoeg iedere slechthorende verzekerde binnen het Keuzeprotocol geholpen kon worden, ook als sprake is van een grote compensatiebehoefte. Wel is nog verbetering mogelijk in de uitvoering van het Keuzeprotocol. Zo is de instelling van het hoortoestel niet altijd optimaal, waardoor adequaat functioneren van de verzekerde wordt beperkt. Verder worden niet altijd alle mogelijkheden van het Keuzeprotocol volledig benut, zoals het indienen van een extra zorgvraag of het verwijzen naar een audiologisch centrum. Ook de informatievoorziening aan de verzekerde, over welke mogelijkheden er binnen het Keuzeprotocol zijn, kan beter.

- Gebleken is ook dat de keuze tussen hoortoestellen die een audicien aanbiedt binnen een bepaalde categorie en die tot de gecontracteerde zorg horen, vaak beperkt is als gevolg van het inkoopbeleid van de audicien(keten)s. Hierdoor kan het voorkomen dat een verzekerde voor een adequate hooroplossing uitkomt op een hoortoestel dat hij of zij niet vergoed krijgt.

- De kosten ten laste van het Zvf zijn in 2013 niet toegenomen ten opzichte van de kosten vóór de beleidswijzigingen. In 2014 is wel sprake van aanzienlijk hogere kosten ten opzichte van 2013. Dit is het gevolg van zowel een prijs- als een volume-effect. Wat de precieze oorzaak hiervan is en of dit een doorzettende

[1] Bijlage 1.
[2] Bijlagen 2 en 4.

trend is, kan op dit moment niet worden vastgesteld. Wij zullen de ontwikkelingen op dit gebied nauwlettend blijven volgen.

- De betaalbaarheid van de hoorzorg op individueel niveau is verbeterd. De eigen bijdrage sinds 1 januari 2013 is (gemiddeld) lager dan de eigen betalingen vóór de beleidswijzigingen. Het aantal mensen dat voorheen de eigen betaling als een (groot) probleem ervoer, is sinds de invoering van de eigen bijdrage afgenomen. Of er specifieke groepen volwassen slechthorenden zijn voor wie de eigen bijdrage nog wel een probleem is, is op basis van de uitkomsten van dit onderzoek niet vast te stellen. Voor wat betreft de eigen bijdrage voor kinderen is inmiddels een verzoek van partijen om de eigen bijdrage af te schaffen in behandeling bij de minister van VWS.

- Een uitspraak over de prijsontwikkeling van hoortoestellen over de jaren is niet mogelijk, omdat betrouwbare gegevens hierover ontbreken en omdat het aanbod van hoortoestellen in de loop van de jaren aanzienlijk is gewijzigd.

Reacties consultatie
De patiëntenorganisaties, de audiologische centra, en twee zorgverzekeraars via ZN, zijn het eens met de uitkomsten van het onderzoek. Zij zijn voorstander van de ingeslagen weg, maar voeren nog wel verbeterpunten aan.
Met name de patiëntenorganisaties pleiten voor verbetering van de toegang tot de hoorzorg door aanpassing dan wel afschaffing van de eigen bijdrage. Ook de uitvoeringspraktijk moet volgens hen worden verbeterd. Zij doen aanbevelingen over invoering van een vernieuwd protocol op korte termijn, en voor onderzoek naar de kwaliteit van de hoorzorg voor specifieke groepen.

De fabrikanten en audiciens trekken de uitkomsten van het onderzoek naar de kwaliteit van de hoorzorg in twijfel, omdat deze zijn gebaseerd op subjectieve data. Ook hebben zij bezwaar tegen het huidige contracteerbeleid, omdat dit naar hun mening de toegang tot kwalitatief goede hoorzorg ondermijnt.

Aanbevelingen aan de betrokken partijen
Op basis van het voorliggende rapport en de conclusies, komen wij tot een aantal aanbevelingen aan de betrokken partijen. De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft positief geadviseerd over deze aanbevelingen.

- Gebruik Keuzeprotocol

Het alsnog invoeren van een digitaal hoorportaal kan naar ons oordeel bevorderen dat het Keuzeprotocol op de juiste manier wordt gebruikt. Op basis van de gegevens in dat hoorportaal zou dan ook duidelijk kunnen worden welke groepen slechthorende verzekerden mogelijk niet optimaal binnen het Keuzeprotocol geholpen kunnen worden. Ook de beoogde doorontwikkeling van het Keuzeprotocol zou op deze manier mogelijk kunnen worden gemaakt. Wij zien verder een rol weggelegd voor de brancheverenigingen om de audiciens voor te lichten over het juiste gebruik van het Keuzeprotocol.
Naar aanleiding van signalen over de complexiteit en tijdrovendheid van de aanvraagprocedure voor een extra zorgvraag, vragen wij de zorgverzekeraars om na te gaan of verbetering van deze procedure mogelijk is.

- Inkoop hoortoestellen

Het is belangrijk dat bij de inkoop van hoortoestellen rekening wordt gehouden met de keuzemogelijkheden voor individuele verzekerden binnen een categorie. Zorgverzekeraars kunnen in hun contracten hierover afspraken maken met audiciens.

Het verdient tevens aanbeveling om te bezien in hoeverre het functioneren van het classificatiesysteem mogelijk er aan bijdraagt dat bepaalde hoortoestellen niet in het systeem (kunnen) worden opgenomen. Wij gaan er van uit dat de werkgroep classificatie dit ter hand neemt.

- Informatievoorziening

Verbetering van de informatievoorziening aan verzekerden over de mogelijkheden binnen het Keuzeprotocol verdient aanbeveling. Met name wat betreft het recht om meerdere hoortoestellen op proef te dragen, het indienen van een extra zorgvraag en de mogelijkheid van verwijzing naar een audiologisch centrum.

Advies aan de minister

Gezien de uitkomsten van deze evaluatie, waaruit blijkt dat de beoogde effecten van de beleidswijzigingen in de hoorzorg tot nu toe zijn behaald, adviseren wij om het huidige beleid voor de hoorzorg te handhaven.
Ook de ACP ziet in de uitkomsten van de evaluatie geen aanleiding om te adviseren terug te komen op eerdere adviezen die aan het gewijzigde beleid met betrekking tot de hoorzorg ten grondslag hebben gelegen.

Wij zullen monitoren of de voorgestelde aanbevelingen navolging krijgen in de praktijk en een bijdrage leveren aan het gepast gebruik van kwalitatief goed hoorzorg. Ook zullen wij de kostenontwikkeling op het terrein van de hoorzorg nauwgezet blijven volgen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2013 hebben twee beleidswijzigingen plaatsgevonden in de hoorzorg. De functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie is geïntroduceerd, en er is een eigen bijdrage van 25% ingevoerd in plaats van de tot dan toe geldende maximumvergoeding.[3] Met deze beleidswijzigingen werd beoogd de doelmatigheid van de hoorzorg te verbeteren, evenals de toegankelijkheid en betaalbaarheid op individueel niveau. Dit alles met behoud van kwaliteit en bij gelijkblijvende lasten voor het Zorgverzekeringsfonds (Zvf).

Met behulp van het Keuzeprotocol hoorzorg (verder: het Keuzeprotocol) wordt sinds 1 januari 2013 door de audicien of de audioloog vastgesteld welk type hoortoestel voor welke slechthorende verzekerde, gelet op zijn gehoorbeperking, het best passend is.

1.2 Projectopdracht en -inrichting

1.2.1 *Evaluatieonderzoek*

Om na te gaan of de beoogde effecten van de beleidswijzigingen worden behaald, hebben wij een evaluatieonderzoek laten uitvoeren. De volgende onderzoeksvraag stond hierbij centraal:
Heeft het nieuwe vergoedingssysteem van hoortoestellen de beoogde effecten ten aanzien van de door verzekerden ervaren kwaliteit van de hoorzorg en het hoortoestel, en ten aanzien van de betaalbaarheid van de hoorzorg?

Het onderzoek beperkt zich tot de gevolgen van de beleidswijzigingen voor de hoortoestelgebruikers. De overige hoorhulpmiddelen zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Het evaluatieonderzoek is uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) in samenwerking met Ecorys. Het betreft de periode vanaf 1 januari 2013, afgezet tegen gegevens over de periode van 2009/2010 tot en met 31 december 2012.

1.2.2 *Onderzoek functioneren Keuzeprotocol*

Om meer inzicht te krijgen in het functioneren van het Keuzeprotocol hebben wij, in aanvulling op het evaluatieonderzoek, hier ook onderzoek naar laten doen.

In dit onderzoek stond de volgende vraag centraal:
Leidt het Keuzeprotocol tot een juiste indicatie/interventie-combinatie?

In het verlengde hiervan wilden wij, zo mogelijk, ook graag antwoord op de volgende vragen:
- *In welke gevallen leidt het Keuzeprotocol mogelijk niet tot de juiste indicatie/interventie-combinatie?*
- *Wat is de oorzaak van de klachten als het Keuzeprotocol wel goed functioneert?*

Het onderzoek vond plaats op basis van klachten over hoortoestellen die in de periode van 1 februari 2013 tot en met augustus 2014 werden ingediend bij de

[3] Bijlage 1.

Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS). Het bestond uit dossierstudie, interviews met betrokkenen en, als daar aanleiding toe was, second opinions. Het onderzoek is uitgevoerd door Stichting Platform for Audiological Clinical Testing (PACT).

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 is een korte beschrijving opgenomen van de beleidswijzigingen in de hoorzorg. Hoofdstuk 3 gaat in op de resultaten van het onderzoek naar de ervaren kwaliteit van de hoorzorg (door audiciens geleverde zorg en de hoortoestellen) en in hoofdstuk 4 bespreken we de resultaten van het onderzoek naar het functioneren van het Keuzeprotocol. De kostenontwikkeling in de hoorzorg komt aan bod in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 vindt u ons antwoord op de reacties van partijen op ons rapport. De volledige reacties zijn als zodanig opgenomen in Bijlage 5. Hoofdstuk 7 bevat de samenvattende conclusies, en hoofdstuk 8 onze aanbevelingen aan de partijen in de hoorzorg en ons advies aan de minister van VWS.

2 Beleidswijzigingen hoorzorg[4]

2.1 Situatie tot 1 januari 2013

2.1.1 *Aanspraak*

Tot 1 januari 2013 waren in de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Regeling zorgverzekering (Rzv) verschillende hulpmiddelen opgenomen die gerelateerd waren aan stoornissen in de hoorfunctie. De omschrijving van die hoorhulpmiddelen was zo strikt, dat de mogelijkheid bestond dat hulpmiddelen met hetzelfde behandeldoel maar een ander werkingsmechanisme, niet onder de te verzekeren prestaties vielen. Daarvoor was dan aanpassing van de wet- en regelgeving noodzakelijk. Hierdoor werd een snelle introductie van innovaties onnodig belemmerd.

Als indicatiecriterium voor een hoortoestel gold dat er sprake moest zijn van een gehoorverlies van 35 dB of meer, gemeten op het beste oor. Eenzijdig slechthorenden en verzekerden met tweezijdige slechthorendheid tot 35 dB aan het beste oor, kwamen niet voor verstrekking van hoorhulpmiddelen in aanmerking.

2.1.2 *Vergoedingslimiet*

Voor hoortoestellen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) golden getrapte vergoedingslimieten. De hoogte van de vergoedingslimiet was afhankelijk van de gebruiksduur van het vorige toestel. Als de aanschafkosten van het hoortoestel hoger waren dan de vergoedingslimiet, moest de verzekerde het verschil zelf betalen (de zogeheten 'eigen betaling'). Voor kinderen tot 16 jaar gold altijd de maximale vergoedingslimiet.

Door deze vergoedingslimieten bestond er bij zorgverzekeraars geen prikkel om te onderhandelen over de prijs van hoortoestellen. De schade voor de verzekeraar stond immers bij voorbaat al vast (namelijk maximaal de vergoedingslimiet). Verzekerden werden geconfronteerd met (soms hoge) bijbetalingen, omdat de audicien er belang bij had om een duurder - geavanceerd - hoortoestel te verkopen, terwijl dat uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening lang niet altijd nodig was.

2.2 Situatie vanaf 1 januari 2013

2.2.1 *Aanspraak*

In het kader van de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen in het algemeen, is met ingang van 1 januari 2013 de functiegerichte omschrijving van 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie' geïntroduceerd (artikel 2.6, onderdeel c j°artikel 2.10 Rzv).[5] Hierdoor kunnen nieuwe hoorhulpmiddelen die voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' gemakkelijker instromen in het verzekerde pakket. Er is voor die instroom geen wijziging van wet- en regelgeving nodig.

Daarnaast zijn de indicatiecriteria versoepeld. Aanspraak op een hoortoestel kan bestaan als sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen (tinnitis). Ook eenzijdig slechthorenden kunnen nu dus aanspraak maken op een hoorhulpmiddel. De aanspraak is dus uitgebreid.

---

[4] Voor de op deze periode van toepassing zijnde wet- en regelgeving verwijzen wij u naar Bijlage 1.

[5] Rapport "Hulpmiddelenzorg 2010" (Deelrapport van het Pakketadvies 2010), 2 april 2010.

Aan de hand van het Keuzeprotocol wordt door de audicien of de audioloog vastgesteld op welk type hoortoestel een slechthorende verzekerde redelijkerwijs is aangewezen.

2.2.2 *Eigen bijdrage*

Tegelijk met de invoering van de functiegerichte omschrijving is een eigen bijdrage ingevoerd van 25% van de aanschafkosten van hoortoestellen en tinnitismaskeerders. Deze eigen bijdrage is in de plaats gekomen van de eigen betaling van het bedrag boven de vergoedingslimiet, en is bedoeld om de beleidswijzigingen budgetneutraal te kunnen realiseren.

3 Kwaliteit van de hoorzorg[6]

3.1 Onderzoek kwaliteit audiciens en hoortoestellen

Het onderzoek naar de kwaliteit van de audiciens en van de hoortoestellen is gebaseerd op de uitkomsten van de CQI[7] Audiciens en de CQI Hoortoestellen over de periode 2009/2010 tot en met de eerste helft van 2014.

De CQI meet de klantervaringen in de zorg, in dit geval in de hoorzorg. Dit betekent dat de uitkomsten van dit onderzoek naar de kwaliteit van de hoorzorg zijn gebaseerd op door de respondenten *ervaren* kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg en de hoortoestellen in de periode vóór en na de beleidswijzigingen.

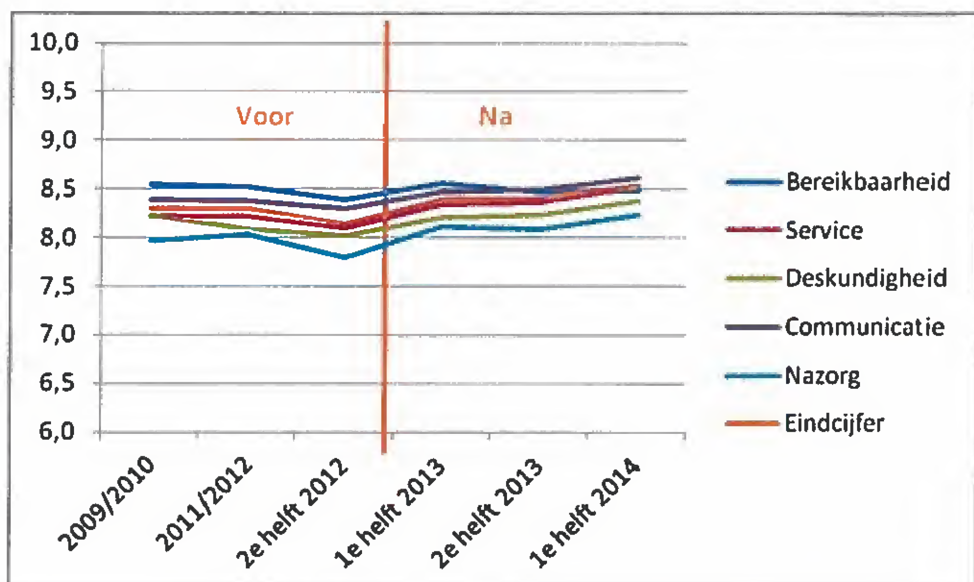
3.2 Tevredenheid gebruikers over kwaliteit audiciens

3.2.1 *Uitkomsten van het gebruikersonderzoek*

Van de respondenten ging 9% naar een andere audicien, omdat de eerste audicien geen contract had met de zorgverzekeraar.

In de CQI-vragenlijst konden de respondenten op vijf onderdelen hun mening geven over de audiciens: bereikbaarheid, service, deskundigheid, communicatie en nazorg.

Uit de reacties blijkt dat de respondenten over de periode na de beleidswijzigingen over het algemeen minstens zo tevreden zijn over de kwaliteit van de zorg die de audiciens leverden als vóór de beleidswijzigingen. Hoewel de verschillen niet groot zijn, is met uitzondering van de bereikbaarheid, op alle punten zelfs een lichte toename te zien in de tevredenheid ten opzichte van die vóór de beleidswijzigingen. Over de jaren gaven de respondenten als waardering voor de door de audiciens geleverde zorg gemiddeld een 8,1 - 8,5. (Zie figuur 3.1)



Figuur 3.1 Algemene waardering van de audicien vóór en na de beleidswijziging, variërend van 0-10.

[6] Bijlage 2.
[7] Consumer Quality Index.

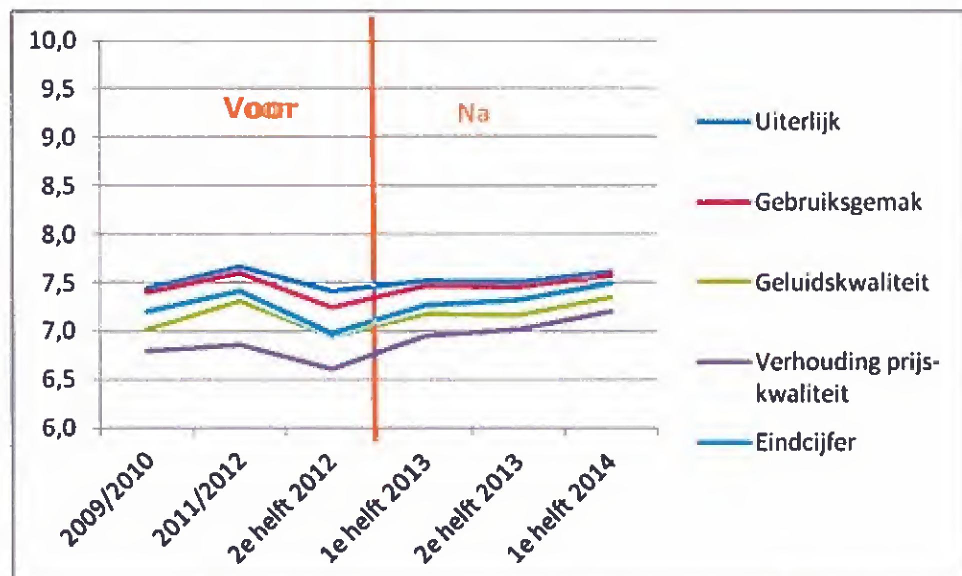
3.3 Tevredenheid gebruikers over kwaliteit hoortoestellen

3.3.1 Uitkomsten van het gebruikersonderzoek

De respondenten konden in de CQI-vragenlijst op vier punten hun mening geven over de hoortoestellen: gebruiksgemak, geluidskwaliteit, uiterlijk en de verhouding prijs - kwaliteit van het hoortoestel.

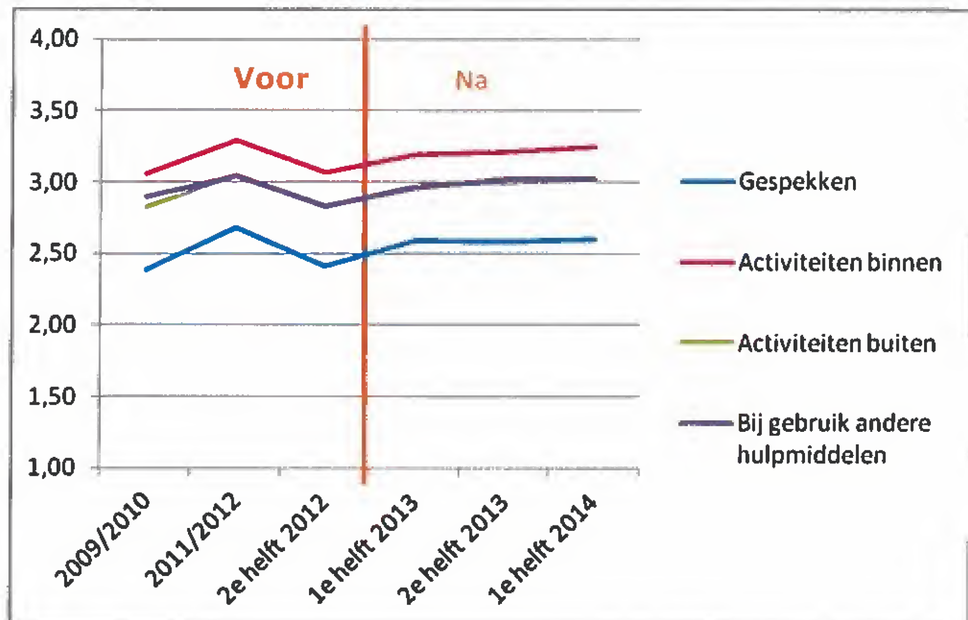
Uit de reacties blijkt dat de respondenten in de periode na de beleidswijzigingen over het algemeen net zo tevreden zijn over de kwaliteit van de hoortoestellen als vóór de beleidswijzigingen. In 2012 zette een lichte daling in, maar na de beleidswijzigingen is over het algemeen alleen nog sprake van een stijgende lijn op alle vier de onderdelen. Met name de tevredenheid van de respondenten over de verhouding prijs - kwaliteit is na de beleidswijzigingen naar verhouding beduidend toegenomen.

De hoortoestellen kregen van de respondenten over de jaren gemiddeld een 7,0 – 7,5 als waardering. (Zie figuur 3.2)



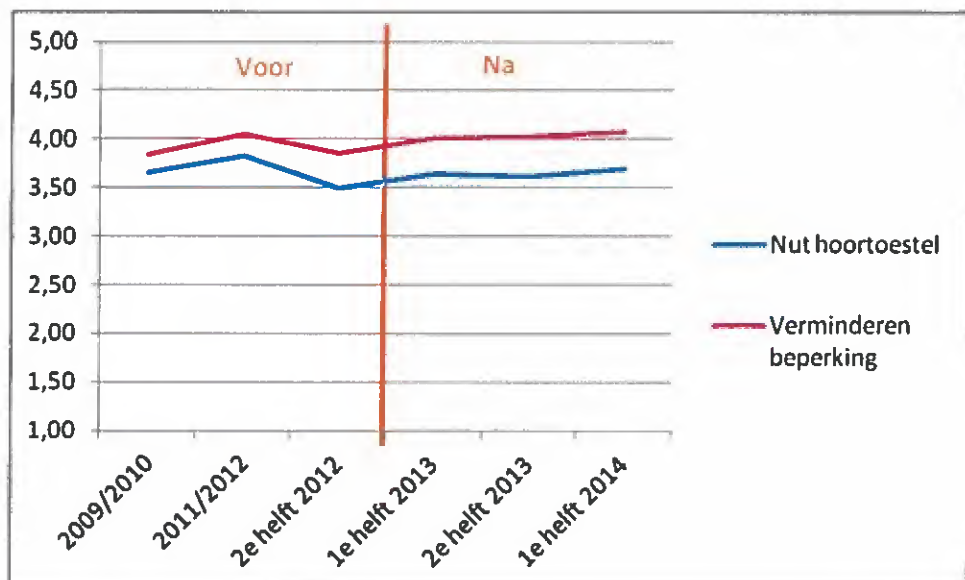
Figuur 3.2 Algemene waardering van het hoortoestel vóór en na de beleidswijziging, variërend van 0-10.

Als het gaat om de geluidskwaliteit van het hoortoestel, hebben de respondenten ook nog hun oordeel gegeven over vier situaties waarin zij functioneren: het voeren van gesprekken, activiteiten binnen, activiteiten buiten en bij gebruik van andere hulpmiddelen.
Als het gaat om activiteiten binnen, scoort de kwaliteit van de hoortoestellen het hoogst, de kwaliteit bij het voeren van gesprekken het laagst. Ook hier valt echter te concluderen dat, met een kortstondige daling in 2012, de ervaren kwaliteit na de beleidswijzigingen over het algemeen niet is afgenomen ten opzichte van de periode daarvoor. (Zie figuur 3.3)



Figuur 3.3 Gemiddelde schaalscores betreffende ervaringen met de geluidskwaliteit bij gebruik van het hoortoestel vóór en na de beleidswijziging, variërend van 1-4.

Ook is de waardering van de respondenten na de beleidswijzigingen niet afgenomen als het gaat om de mate waarin zij ervaren dat het hoortoestel de beperkingen ten gevolge van hun slechthorendheid wegneemt. Het ervaren nut van het hoortoestel blijft na de beleidswijzigingen redelijk stabiel. (Zie figuur 3.4)



Figuur 3.4 Gemiddelde schaalscores betreffende het ervaren nut van het hoortoestel vóór en na de beleidswijziging, variërend van 1-5.

In het onderzoek is ook nagegaan of er verschil is in de ervaring van kwaliteit van het hoortoestel tussen met name mensen die voor het eerst een hoortoestel aanschaften en mensen die er al eerder één of meerdere hadden (herhalingsaanschaf). De verwachtingen van het effect van een hoortoestel op hun beperking zou immers mogelijk kunnen verschillen tussen mensen met en zonder

ervaring.
Uit de reacties van de respondenten blijkt dat er geen relevante verschillen in de ervaren kwaliteit bestaat als het gaat om gebruiksgemak en de verhouding prijs-kwaliteit van het hoortoestel. Alleen op de subonderdelen 'geluidskwaliteit' en 'uiterlijk', zijn mensen die voor het eerst een hoortoestel aanschaffen over het algemeen wat positiever dan mensen die er al eerder een hadden. In de algemene waardering van de kwaliteit van het hoortoestel, is echter geen relevant verschil terug te zien tussen beide groepen gebruikers.[8]

De uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek tonen daarnaast ook aan dat mensen die een complexer hoortoestel kregen over het algemeen tevredener zijn over de kwaliteit van de door de audicien geleverde zorg en de kwaliteit van het hoortoestel dan mensen met een eenvoudiger hoortoestel.[9]

3.4 Conclusies Zorginstituut over ervaren kwaliteit van de hoorzorg

De beleidswijzigingen hebben tot nu toe geen nadelige gevolgen gehad op de ervaren kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg en de ervaren kwaliteit van de hoortoestellen. In tegendeel, op sommige onderdelen is de waardering van de kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg na de beleidswijzigingen zelfs toegenomen. Op het punt van de ervaren verhouding prijs – kwaliteit van de hoortoestellen is een duidelijke toename van de tevredenheid te zien sinds de beleidswijzigingen.

Opvallend is dat de reacties van de respondenten over de ervaren kwaliteit van de audiciens en de hoortoestellen in 2012, het jaar vóór de beleidswijzigingen, iets minder positief waren, ook ten opzichte van de voorgaande jaren. Wat hiervan de oorzaak is, is niet helemaal duidelijk. De minder positieve reacties zouden het gevolg kunnen zijn van de tijdelijk grote toename in verstrekte hoortoestellen in het vierde kwartaal van 2012 (zie paragraaf 5.2). De kwaliteit van de zorg kan in die periode, door de drukte bij de audiciens, onder druk zijn komen te staan, met name als het gaat om service en nazorg.
Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat de gegevens waarop de uitkomsten van de onderzoeken zijn gebaseerd, afkomstig zijn van verschillende ketens die niet allemaal over de gehele periode aan de metingen hebben meegedaan. Ook wisselt het aantal respondenten per keten. Hierdoor zou er verschil kunnen bestaan in profiel en gedrag van de groepen die over de jaren de vragenlijsten invulden.

[8] Bijlage 2, tabel 3.6.
[9] Idem., tabellen 3.5 en 3.6.

4 Keuzeprotocol hoorzorg[10]

4.1 Keuzeprotocol hoorzorg

Met ingang van 1 januari 2013 wordt aan de hand van het Keuzeprotocol vastgesteld wat een adequate hoorvoorziening[11] is voor de slechthorende verzekerde. Het uitgangspunt is dat een eenvoudige oplossing wordt geboden waar dat mogelijk is, en een complexe oplossing als dat noodzakelijk is.

Het Keuzeprotocol is opgesteld door een werkgroep onder regie van Zorgverzekeraars Nederland die bestond uit afgevaardigden van verschillende disciplines. In welke mate de inbreng van de verschillende partijen uiteindelijk zijn weerslag heeft gekregen in het eindresultaat, hebben wij niet onderzocht.

Het Keuzeprotocol beschrijft acht stappen, waarvan de derde en vierde stap de kern vormen: het maken van een zorgplan en het selecteren van een adequaat hoorhulpmiddel. De slechthorende verzekerde wordt ingedeeld in één van vijf categorieën, van lichte tot ernstige gehoorbeperkingen. In deze categorieën zijn verschillende soorten hoortoestellen opgenomen die bij die categorie beperkingen passen. Het uitgangspunt is dat er binnen iedere categorie voldoende keuzevrijheid moet zijn om tegemoet te komen aan de individuele wensen van de verzekerde waar het gaat om het functioneren in verschillende situaties, maar ook bijvoorbeeld als het gaat om cosmetische aspecten of bedienbaarheid van het hoortoestel. Op basis van beoordeling van zes auditieve functies[12] en aanvullende vragen over omgevingsfactoren waar de verzekerde in zijn dagelijks leven mee te maken heeft (de zogeheten 'Amsterdamse vragenlijst', AVL), wordt vastgesteld in welke categorie hij of zij thuishoort. Aan het einde van de proefperiode moet deze vragenlijst nogmaals worden ingevuld om vast te stellen of het gewenste eindresultaat (een adequate hooroplossing) is bereikt.

Welk hoortoestel binnen welke categorie thuishoort, beoordeelt de werkgroep classificatie, bestaande uit audiologen, audiciens en wetenschappers. Dit gebeurt aan de hand van de zes auditieve functies en de eigenschappen van het hoortoestel.

In het Keuzeprotocol is verder nog een aantal zaken vastgelegd, zoals over de informatievoorziening aan de slechthorende verzekerde, over wanneer een extra zorgvraag moet worden ingediend of wanneer een slechthorende verzekerde verwezen moet worden naar een audiologisch centrum.

Overigens was het de bedoeling dat de gegevens van de verzekerde in een digitaal hoorportaal zouden worden ingevoerd. Dat moest vervolgens leiden tot indeling van de verzekerde in één van de vijf categorieën, waarbinnen dan een passend hoortoestel gekozen zou moeten worden. Een andere beoogde functie van het hoorportaal was het systematisch verzamelen van gegevens zodat het Keuzeprotocol kon worden doorontwikkeld.
Als gevolg van verschillende factoren is dit hoorportaal echter nog niet tot stand gekomen. Indeling van een slechthorende verzekerde in een bepaalde categorie moet daarom tot nu toe gebeuren op basis van de professionele inschatting van de

---

[10] Bijlage 3.

[11] Onder 'een adequate hooroplossing' wordt verstaan: een goed functionerend en bij de beperking van de verzekerde passende hooroplossing (Toelichting bij artikel 2.6 Rzv – algemeen).

[12] De zes auditieve functies zijn: horen/detectie/audibility, spraakverstaan in stilte, ruistolerantie/vermoeidheid, verstaan in ruis, focus/aandacht/cognitie/discriminatie en lokaliseren/centrale verwerking.

audicien (of audioloog) aan de hand van de testgegevens en de uitkomsten van de AVL.

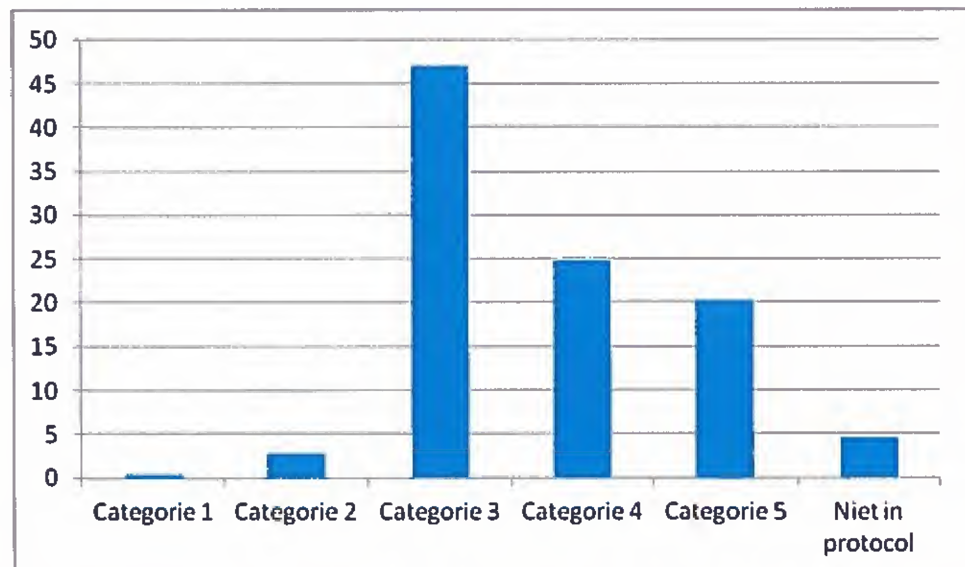
4.2 Ervaringen van gebruikers met het Keuzeprotocol

Tijdens de laatste twee metingen[13] heeft NIVEL elf vragen toegevoegd aan de CQI Audiciens. Het betreft specifieke vragen over de ervaringen van de respondenten sinds de invoering van de beleidswijzigingen, waaronder vragen over het Keuzeprotocol en de ervaren informatievoorziening door de audicien.[14]

4.2.1 *Classificatie van de beperkingen van de slechthorende verzekerde*

De helft van de respondenten gaf aan een vragenlijst te hebben ingevuld. Het aantal respondenten dat aangaf dat er (ook) één of meerdere gehoortests waren afgenomen, was veel groter (97%). Slechts een minderheid gaf aan dat er helemaal geen tests zouden zijn uitgevoerd (3%).

In welke categorie de slechthorende verzekerde op basis van de tests en de al of niet ingevulde vragenlijst werd ingedeeld, konden de meeste respondenten niet vertellen. Van degenen die het wel wisten (30%), gaf het merendeel aan dat zij in categorie 3 of 4 waren ingedeeld (respectievelijk 12% en 9%). Dit laatste komt overeen met gegevens verkregen via de audiciens en de NVVS. Hieruit blijkt dat de meeste slechthorende verzekerden een hoortoestel kregen dat binnen categorie 3 past en in mindere mate hoortoestellen uit categorie 4 en 5. Het percentage hoortoestellen dat binnen categorie 1 en 2 werd geleverd, was minimaal. Ook het percentage verstrekte hoortoestellen dat niet binnen een categorie van het Keuzeprotocol viel, is beperkt. (Zie figuur 4.1)



Figuur 4.1 Percentage verstrekte hoortoestellen per categorie, ofwel buiten het protocol vallend (N = 4.352).

Het merendeel van de respondenten (91%) geeft aan dat de audicien hun wensen ten aanzien van het hoortoestel grotendeels of helemaal heeft besproken. Ongeveer driekwart van de respondenten gaf aan dat de audicien hen grotendeels of helemaal

[13] De laatste twee metingen vonden plaats in de tweede helft van 2013 en de eerste helft van 2014.

[14] Bijlage 2, CQI Audiciens, vragen 54 t/m 64.

hielp bij het maken van een keuze tussen hoortoestellen.

4.2.2 *Informatievoorziening door audicien*

NIVEL heeft onderzocht of de audicien informatie heeft verstrekt over het recht om een tweede hoortoestel uit te proberen als het eerste niet adequaat is, de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen bij de zorgverzekeraar als er binnen de categorie waarin verzekerde is ingedeeld geen adequate oplossing te vinden is, en over de mogelijkheid om een hoortoestel aan te schaffen voor eigen rekening.

Iets minder dan de helft van de respondenten (44%) heeft aangegeven dat de audicien hen niet geïnformeerd zou hebben over de mogelijkheid om achtereenvolgens twee hoortoestellen op proef te krijgen. Ook de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen bij de zorgverzekeraar zou volgens bijna de helft van de respondenten (49%) niet zijn besproken. De mogelijkheid voor verzekerde om een hoortoestel voor eigen rekening aan te schaffen, buiten de categorie waarin hij of zij is ingedeeld, zou volgens meer dan de helft van de respondenten (58%) niet besproken zijn.

Waarom deze onderwerpen niet besproken zijn, wordt niet duidelijk uit de antwoorden. De vraag is ook of deze informatie in alle gevallen wel noodzakelijk was. Immers, als een slechthorende verzekerde met het eerste hoortoestel adequaat geholpen was, zal informatie over het proberen van een tweede hoortoestel of het indienen van een extra zorgvraag bijvoorbeeld niet relevant zijn geweest.

4.3 Onderzoek klachten hoorzorg[15]

Er is enige kritiek op het Keuzeprotocol, vooral vanuit de hoek van de audiciens en fabrikanten. Zo zou de AVL de individuele zorgvraag onvoldoende in kaart brengen en zou het Keuzeprotocol de keuzevrijheid van de slechthorende verzekerde beperken, waardoor onvoldoende zou kunnen worden ingespeeld op de diversiteit aan behoeften.

Om beter inzicht te krijgen in het functioneren van het Keuzeprotocol, heeft Stichting PACT (verder: PACT) een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De onderzoekers hebben gekeken in hoeverre klachten over de hoorzorg die sinds 1 januari 2013 werden ingediend bij het meldpunt van de NVVS, hun oorzaak vinden in het niet (goed) functioneren van het Keuzeprotocol. Omdat dit onderzoek slechts een fractie van de verzekerden betreft die sinds 1 januari 2013 één of meerdere hoortoestellen hebben aangeschaft, kunnen alleen indicatieve uitspraken worden gedaan aan de hand van de uitkomsten hiervan.

4.3.1 *Wordt het Keuzeprotocol toegepast?*

Uit het door PACT uitgevoerde onderzoek blijkt dat het Keuzeprotocol in de onderzochte dossiers in grote lijnen werd gevolgd: in de meeste gevallen werd de verzekerde gevraagd een vragenlijst in te vullen om zijn of haar beperkingen vast te stellen. Toepassing van het Keuzeprotocol in de praktijk lijkt echter niet op uniforme wijze te gebeuren.
Wat de precieze argumenten zijn op basis waarvan de slechthorende verzekerde in een bepaalde categorie werd ingedeeld, werd niet gedocumenteerd en werd daardoor in geen van de onderzochte zaken duidelijk. Aan het einde van de proefperiode van een hoortoestel werd maar in enkele gevallen een vragenlijst

[15] Bijlage 4.

ingevuld om vast te stellen of de gewenste eindsituatie was bereikt.

4.3.2 *Leidt het Keuzeprotocol tot een juiste indicatie/interventiecombinatie?*

Op basis van de resultaten van het onderzoek naar de klachten over de hoorzorg, lijkt het dat slechthorende verzekerden over het algemeen kunnen worden geholpen binnen de mogelijkheden die het Keuzeprotocol biedt.
Wel lijkt het Keuzeprotocol minder geschikt om in één keer tot de juiste keuze van een adequaat hoortoestel te komen als het gaat om de groep slechthorende verzekerden met een grote compensatiebehoefte als gevolg van een complexe gehoorbeperking en/of een actief leven. Maar ook in dat geval biedt het Keuzeprotocol over het algemeen voldoende mogelijkheden, zoals de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen of de mogelijkheid om de verzekerde te verwijzen naar een audiologisch centrum. Uit het onderzoek blijkt dat hier onvoldoende gebruik van wordt gemaakt. In plaats daarvan wordt dan vaak overgegaan tot het aanbieden van een hoortoestel uit een hogere categorie, of een niet-geclassificeerd hoortoestel.

Maar ook als de indicatie wel juist is gesteld, wordt niet altijd het best passende hoortoestel aangeboden. Dit komt onder meer doordat audiciens een beperkt aanbod van hoortoestellen hebben binnen het gecontracteerde assortiment.

Een ander verschijnsel dat met regelmaat voorkomt, is dat wel het best passende hoortoestel wordt aangeboden, maar dat de instellingen niet optimaal zijn, waardoor het hoortoestel niet adequaat wordt ingezet.

De onderzoekers sluiten overigens niet uit dat er mogelijk wel groepen zijn die niet optimaal kunnen worden geholpen binnen het Keuzeprotocol en die geen deel uitmaakten van het onderzoek. Dat zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn als het gaat om verzekerden met complexe meervoudige problematiek, zoals een verstandelijke beperking naast een gehoorprobleem.

Een opvallend gegeven was volgens de onderzoekers verder dat muziekbeleving een belangrijk aspect kan zijn voor mensen met een gehoorbeperking. Dit is nu geen criterium binnen het Keuzeprotocol.

4.4 Conclusies Zorginstituut over functioneren Keuzeprotocol

Uit de onderzoeken blijkt dat er sinds 1 januari 2013 meestal wel wordt gewerkt met het Keuzeprotocol. Hoe wordt vastgesteld in welke categorie een slechthorende verzekerde valt, is echter niet altijd transparant en gebeurt niet altijd op uniforme wijze. Een oorzaak hiervan zou zijn dat de audiciens niet de mogelijkheid hebben gehad om zich het werken met het Keuzeprotocol eigen te maken, zoals zij zelf aangeven.

Het merendeel van de slechthorende verzekerden weet zelf niet in welke categorie zij zijn ingedeeld. Uit cijfers over aantallen verstrekte hoortoestellen blijkt wel dat sinds 1 januari 2013 in de meeste gevallen een hoortoestel binnen categorie 3 werd verstrekt. In mindere mate zijn hoortoestellen uit categorie 4 en 5 verstrekt. Het percentage verstrekte hoortoestellen binnen categorie 1 en 2, en het percentage hoortoestellen dat buiten de categorieën van het Keuzeprotocol werd verstrekt, is beperkt.
Uit de onderzochte dossiers blijkt over het algemeen niet op basis van welke argumenten een verzekerde in een bepaalde categorie is ingedeeld.

In dergelijke gevallen is ook de informatievoorziening aan de verzekerde belangrijk,

over welke mogelijkheden er zijn: het recht om meerdere hoortoestellen op proef te dragen, de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen of te verwijzen naar een audiologisch centrum.

Verder blijkt uit het onderzoek dat de instelling van het hoortoestel niet altijd optimaal is, waardoor adequaat functioneren van de verzekerde wordt beperkt.

Een ander probleem is dat de keuze tussen hoortoestellen die tot het gecontracteerde assortiment behoren binnen een bepaalde categorie vaak beperkt is, als gevolg van het inkoopbeleid van de audicien(keten)s. Hierdoor kan het voorkomen dat een verzekerde voor een adequate hooroplossing uitkomt op een hoortoestel buiten de categorie waarin hij is ingedeeld, of zelfs op een hoortoestel dat niet binnen het Keuzeprotocol is geclassificeerd. In dat geval bestaat het risico dat de verzekerde het hoortoestel niet vergoed krijgt.

Kijkend naar de onderzochte klachten, hoe beperkt ook in aantal, blijkt dat nagenoeg iedereen binnen het Keuzeprotocol geholpen kon worden. De mogelijkheden van het Keuzeprotocol worden echter niet altijd volledig benut. In plaats van het indienen van een extra zorgvraag of doorverwijzing naar een audiologisch centrum, lijkt vaak de toevlucht te worden gezocht tot een hoortoestel uit een andere, hogere categorie. Dat kan er toe leiden dat de verzekerde het hoortoestel niet vergoed krijgt door zijn zorgverzekeraar, terwijl dit met een extra zorgvraag mogelijk wel het geval zou zijn geweest.
Overigens is uit het onderzoek niet naar voren gekomen dat, en ook niet expliciet onderzocht of, er groepen zijn die binnen het huidige Keuzeprotocol niet optimaal geholpen kunnen worden, zoals verzekerden met (complexe) meervoudige problematiek.

5 Kostenontwikkeling in de hoorzorg[16]

5.1 Onderzoek kostenontwikkeling

In het onderzoek naar de kostenontwikkeling is onderscheid gemaakt tussen de ontwikkelingen van de uitgaven aan hoortoestellen op macroniveau en de ontwikkelingen op microniveau.

De kosten op macroniveau, zoals aan de orde in het rapport van NIVEL/Ecorys en hieronder beknopt weergegeven in paragraaf 5.2, betreffen de totale kosten per jaar in de periode van 2008 tot en met het derde kwartaal van 2014.

Inmiddels zijn de (voorlopige) cijfers over de kostenontwikkeling in heel 2014 beschikbaar. In paragraaf 5.3 gaan wij, in aanvulling op het rapport van NIVEL/Ecorys, kort in op deze kostenontwikkeling.

De ervaren microkosten (paragraaf 5.4) zijn de gemiddelde kosten per gebruiker/per hoortoestel over de periode van 2009/2010 tot en met het tweede kwartaal van 2014.

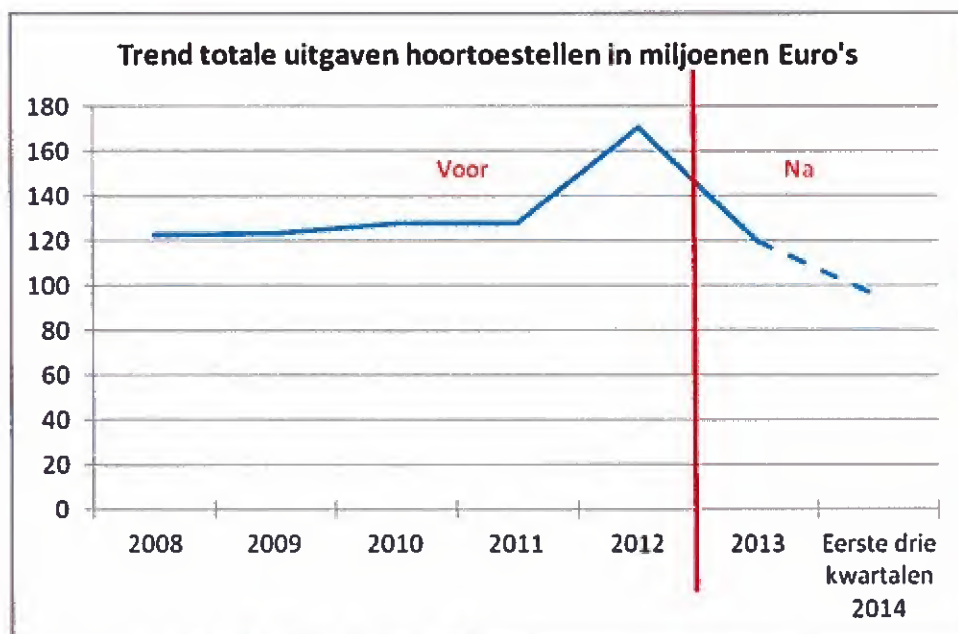
5.2 Kostenontwikkeling op macroniveau

Over de periode vóór de beleidswijzigingen (2008-2011) was sprake van een lichte stijging van de totale uitgaven aan hoortoestellen van 122 naar 128 miljoen euro. In 2012, ook vóór de beleidswijzigingen, namen de uitgaven echter enorm toe, tot ongeveer 170 miljoen euro. De oorzaak van deze toename is vooral te wijten aan de stijging van de uitgaven in het vierde kwartaal van dat jaar. (Zie figuur 5.1 en 5.2)

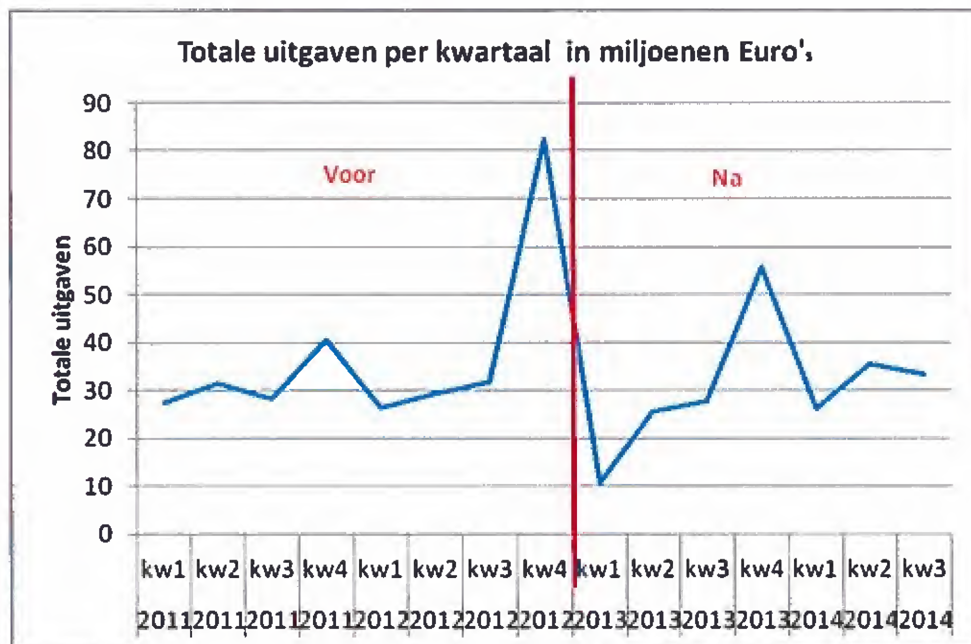
Een stijging van de uitgaven ten laste van het Zvf in het vierde kwartaal is op zich geen vreemd verschijnsel. Verzekerden doen aan het eind van het jaar vaak nog snel uitgaven, bijvoorbeeld als het verplichte eigen risico al is 'opgesoupeerd', in plaats van te wachten tot het nieuwe jaar. Het zogeheten 'eindejaarseffect'.

De kostenstijging in 2012 werd veroorzaakt door een volume-effect (zie figuur 5.3). Het aantal declaraties steeg in dat jaar met ongeveer 25% ten opzichte van het aantal declaraties in 2011. De stijging van het aantal declaraties in het vierde kwartaal van 2012, was waarschijnlijk mede het gevolg van de aangekondigde beleidswijzigingen per 1 januari 2013 en de onzekerheid van de gevolgen daarvan voor de verzekerden, en van het hiervoor genoemde eindejaarseffect. Audiciens speelden hier op in met reclamecampagnes die verzekerden opriepen om voor het einde van dat jaar nog een hoortoestel aan te schaffen.

[16] Bijlage 2.

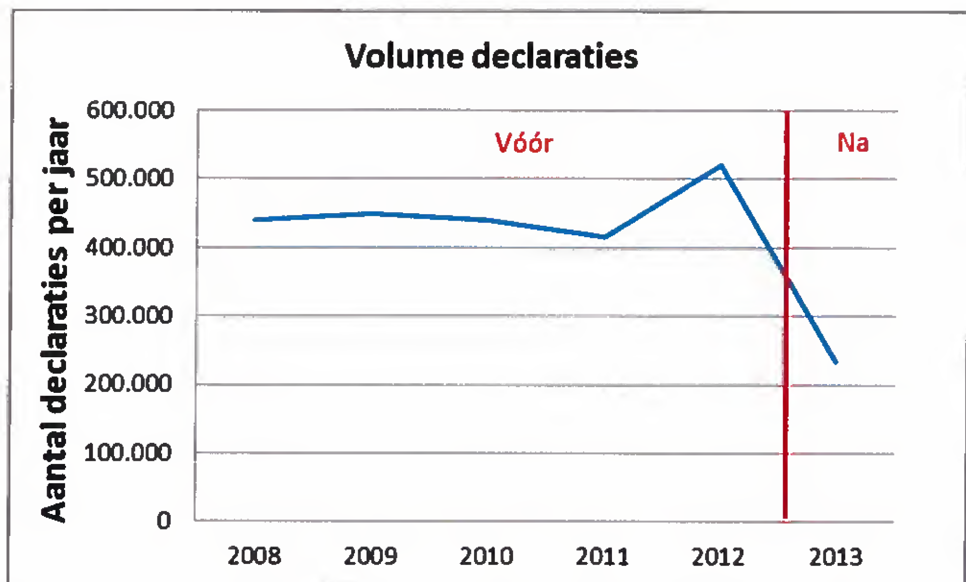


Figuur 5.1 Trend totale uitgaven hoortoestellen vóór en na de beleidswijziging [17]



Figuur 5.2 Totale uitgaven hoortoestellen per kwartaal vóór en na de beleidswijziging

[17] De GIP-data over 2014 betreffen de eerste drie kwartalen. De data bevatten 97% van de totale uitgaven in de eerste drie kwartalen. Afgezien van één zorgverzekeraar hebben alle zorgverzekeraars de benodigde gegevens aangeleverd.



Figuur 5.3 Aantal ingediende declaraties voor (2008-2012) en na (2013) de beleidswijziging[18]

In het eerste kwartaal van 2013 daalden de kosten in de nasleep van de stijging in het vierde kwartaal van 2012, maar uiteindelijk zijn de totale uitgaven aan hoortoestellen in 2013 vergelijkbaar met die van de jaren vóór 2012.

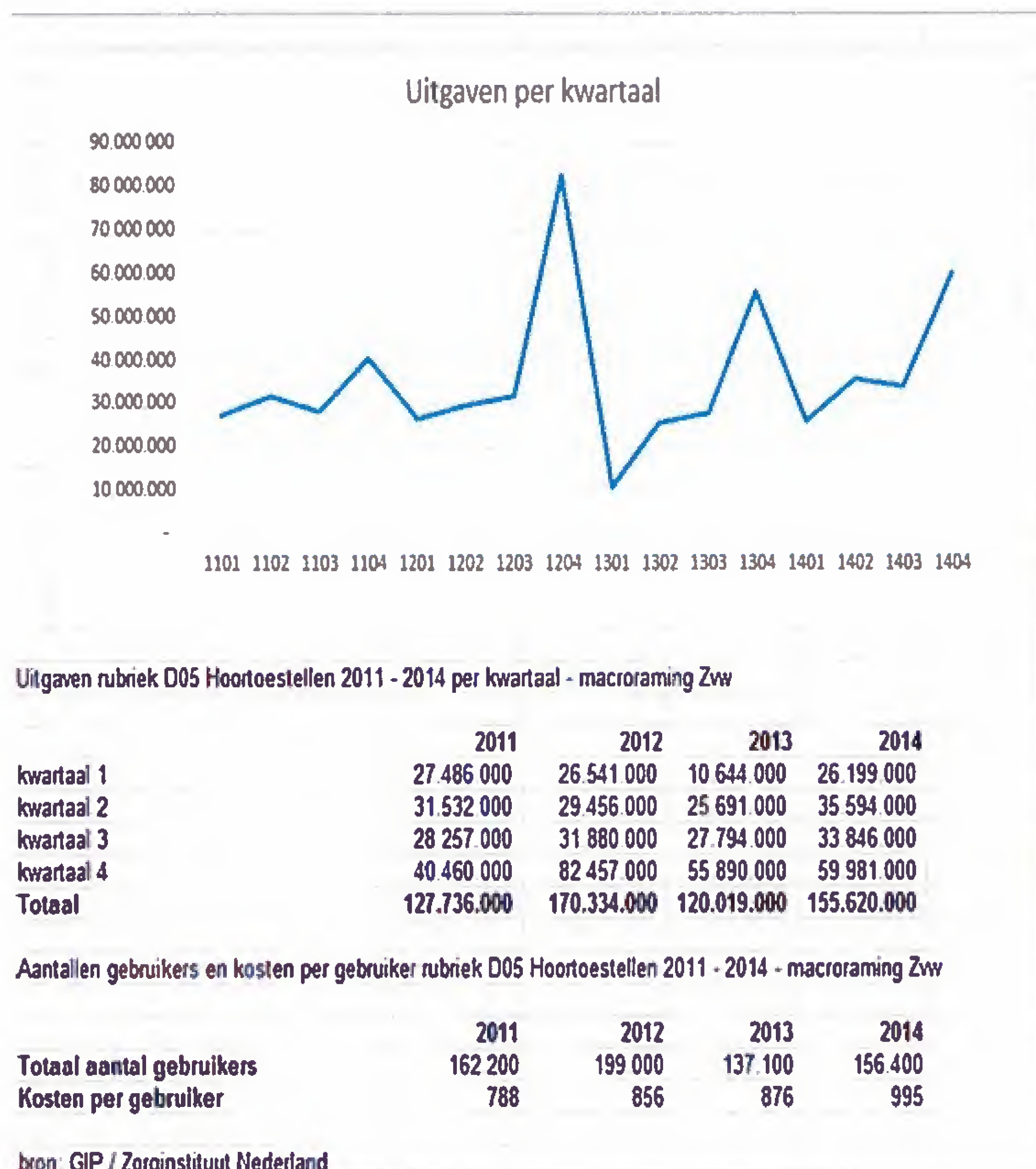
De uitgaven voor hoortoestellen in de eerste drie kwartalen van 2014 bedroegen ongeveer 95 miljoen euro. De cijfers voor heel 2014 waren ten tijde van het afronden van het onderzoek door Ecorys nog niet bekend. De cijfers van de eerste drie kwartalen in 2014 zijn hoger dan de uitgaven in de eerste drie kwartalen van 2013. Het lijkt dat deze stijgende trend in uitgaven per kwartaal ten opzichte van hetzelfde kwartaal in het voorgaande jaar, zich voortzet.

5.3 Kostenontwikkeling op macroniveau 2014

Na het beschikbaar komen van het eindrapport van NIVEL/Ecorys zijn de (voorlopige) cijfers over de kostenontwikkeling voor de hoorzorg over heel 2014 bekend geworden (zie figuur 5.4).

De kosten die in 2014 ten laste van het Zvf zijn gebracht zijn aanzienlijk hoger dan in 2013: de stijging van de kosten bedraagt bijna 30%. Dit is het gevolg van zowel een prijs- als een volume-effect. Welke factoren dit prijs- en volume-effect veroorzaken en of dit een doorzettende trend is, kan op dit moment niet worden vastgesteld. De komende jaren zullen wij de kostenontwikkeling in de hoorzorg nauwlettend volgen en in beeld brengen welke trends daarin zijn te onderscheiden.

[18] De data zijn t/m 2013 geactualiseerd. De GIP-data voor de eerste drie kwartalen van 2014 waren nog niet beschikbaar.



Uitgaven rubriek D05 Hoortoestellen 2011 - 2014 per kwartaal - macroraming Zvw

	2011	2012	2013	2014
kwartaal 1	27.486.000	26.541.000	10.644.000	26.199.000
kwartaal 2	31.532.000	29.456.000	25.691.000	35.594.000
kwartaal 3	28.257.000	31.880.000	27.794.000	33.846.000
kwartaal 4	40.460.000	82.457.000	55.890.000	59.981.000
Totaal	**127.736.000**	**170.334.000**	**120.019.000**	**155.620.000**

Aantallen gebruikers en kosten per gebruiker rubriek D05 Hoortoestellen 2011 - 2014 - macroraming Zvw

	2011	2012	2013	2014
Totaal aantal gebruikers	162.200	199.000	137.100	156.400
Kosten per gebruiker	788	856	876	995

bron: GIP / Zorginstituut Nederland

Figuur 5.4 Kostenontwikkeling op macroniveau 2014

5.4 Ervaren kostenontwikkeling op microniveau

In de CQI Hoortoestellen[19] konden de respondenten aangeven wat de totale kosten waren van hun hoortoestel(len), de vergoeding die zij van hun zorgverzekeraar ontvingen en het bedrag dat voor hun eigen rekening kwam.

Op basis van de reacties van de respondenten hebben de onderzoekers per gebruiker en per hoortoestel de gemiddelde kosten, de gemiddelde vergoeding door de zorgverzekeraar, en de gemiddelde eigen betaling respectievelijk eigen bijdrage[20] berekend.

[19] CQI Hoortoestellen, vragen 43 tot en met 45.

[20] Vóór 1 januari 2013 moest de verzekerde het verschil in kosten betalen als de aanschafkosten de vergoedingslimiet overschreden (de 'eigen betaling'); sinds 1 januari 2013 betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten van het hoortoestel; zie ook hoofdstuk 2.

Bij deze uitkomsten moet wel worden aangetekend dat het dus gaat om door de respondenten aangegeven bedragen. In hoeverre in de totale kosten bijvoorbeeld ook kosten zijn opgenomen van met het hoortoestel meegeleverde servicepakketten, is daarom niet duidelijk. Ook vergoedingen op basis van aanvullende verzekeringen bijvoorbeeld zijn hier niet in meegenomen.

5.4.1 *Kostenontwikkeling per gebruiker en per hoortoestel*

De gemiddelde totale kosten per gebruiker lagen na de beleidswijzigingen (eerste semester 2014) 15% lager dan vóór de beleidswijzigingen (2009/2010). De gemiddelde vergoeding door de zorgverzekeraar nam na de beleidswijzigingen met ongeveer 21,9% toe. De gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker is tegelijkertijd met de helft (51,1%) gedaald ten opzichte van de eigen betalingen vóór de beleidswijzigingen.

Deze ontwikkeling correspondeert met de ontwikkeling van de gemiddelde kosten, vergoeding en de eigen betaling resp. eigen bijdrage per hoortoestel in dezelfde periode. De eigen bijdrage per hoortoestel ligt in de jaren na de beleidswijzigingen aanmerkelijk lager dan de eigen betaling in de jaren vóór de beleidswijzigingen.

De lagere eigen bijdrage (25% van de totale kosten) kan deels worden verklaard door een daling in de gemiddelde kosten per hoortoestel, en deels door een stijging in de gemiddelde vergoeding sinds 1 januari 2013 (75% van de totale kosten in plaats van een maximale vergoedingslimiet).

De onderzoekers hebben de resultaten van hun onderzoek (op basis van CQI-data) afgezet tegen de uitkomsten van het onderzoek door Brons en Dreschler.[21] Hoewel de resultaten niet identiek zijn, blijkt uit de berekeningen in beide onderzoeken dat de gemiddelde totale kosten, evenals de gemiddelde eigen bijdragen, na de beleidswijzigingen zijn afgenomen ten opzichte van de gemiddelde totale kosten en gemiddelde eigen betalingen vóór de beleidswijzigingen, terwijl de gemiddelde vergoeding is toegenomen (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Gemiddelde kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestel berekend door het AMC[22] en Ecorys (in euro's volgens de CQI data betreffende de periode 2011-2013)

Jaar	Gemiddelde kosten		Gemiddelde Vergoeding		Gemiddelde eigen bijdrage	
	Ecorys	AMC	Ecorys	AMC	Ecorys	AMC
Voor beleidswijziging						
2011/2012	1366	1246	734	673	632	568
Na beleidswijziging						
2013[23]	1128	1040	731	794	397	246
Procentuele verandering tussen 2011/2012 en 2013	-17%	-17%	0%	18%	-37%	-57%

Een prijsvergelijking van hoortoestellen vóór en na de beleidswijzigingen is niet goed mogelijk. Noch de fabrikanten/leveranciers noch de zorgverzekeraars bleken in staat om gegevens te verstrekken over de prijsontwikkeling van hoortoestellen over de jaren. Daarnaast is het aanbod van hoortoestellen in de loop van de jaren gewijzigd.

[21] Brons I. en Dreschler W.A., Effecten van de invoering van het ZN protocol "verstrekken hoorhulpmiddelen" deel 2. Steekproef kwaliteit hoortoestelverstrekking. Amsterdam: Medisch Centrum, juli 2014.

[22] De bedragen van het onderzoek van Brons en Dreschler zijn afgerond.

[23] De resultaten van Ecorys uit 2013 betreffen de resultaten van de eerste helft van 2013.

5.4.2 *Ervaren betaalbaarheid van het hoortoestel*

Ongeveer 45% van de respondenten gaf in de periode vóór de beleidswijzigingen aan dat zij de eigen betaling als een probleem ervoeren. Een deel daarvan (12 – 15%) ervoer de eigen betaling zelfs als een groot probleem.
Sinds de invoering van de eigen bijdrage per 1 januari 2013, is een daling te zien van het aantal mensen dat de eigen bijdrage als een probleem ervaart, naar 28% in de eerste helft van 2014. Het aantal respondenten dat aangeeft dat zij de eigen bijdrage als een groot probleem ervaart, is zelfs gehalveerd. (Zie figuur 5.5)
Deze ontwikkeling is op zich niet verbazend, omdat de eigen bijdrage na de beleidswijzigingen is gedaald.

In welke gevallen de eigen bijdrage nog steeds als een (groot) probleem wordt ervaren, en of het gaat om specifieke situaties, wordt niet duidelijk uit de gegevens. Er zijn signalen dat ouders hun kinderen adequate hoorzorg zouden ontzeggen, omdat de betaling van de eigen bijdrage een (groot) probleem zou zijn.[24] Een verzoek van partijen om de eigen bijdrage voor hoortoestellen af te schaffen voor kinderen is inmiddels in behandeling bij het ministerie van VWS.

Er waren ook respondenten die aangaven dat een eigen betaling respectievelijk het betalen van een eigen bijdrage niet van toepassing was. In de periode vóór de beleidswijzigingen kan het gaan om mensen met een hoortoestel waarvan de aanschafkosten de maximum vergoedingslimiet niet overschreden. Ook kan het gaan om mensen met een aanvullende verzekering of met een hoortoestel van een audicienketen die de kosten boven de maximum vergoedingslimiet niet in rekening bracht, voor eigen rekening neemt. Deze laatste twee mogelijkheden gelden ook voor de periode na de beleidswijzigingen.

[24] Zie: http://www.nvvs.nl/Items/nl-NL/Nieuws/Voor-iedereen/Volledige-vergoeding-hoortoestellen-voor-kinderen-opnieuw-op-politieke-agenda.



Figuur 5.5 Ervaren betaalbaarheid van hoortoestelgebruikers betreffende de periode 2009-2014.

5.5 Conclusies Zorginstituut over kostenontwikkeling in de hoorzorg

Wij concluderen dat de kosten ten laste van het Zvf in 2013 niet zijn toegenomen ten opzichte van de kosten vóór de beleidswijzigingen. Wel constateren wij dat de kosten in 2014 aanzienlijk zijn gestegen ten opzichte van 2013. De kostenontwikkeling in 2014 wordt veroorzaakt door zowel een prijs- als een volume-effect. Het aantal gebruikers stijgt, maar met name de kosten die per gebruiker ten laste van de Zvf worden, nemen toe.
De stijgende kosten per gebruiker zijn mogelijk een gevolg van de invoering van de eigen bijdrage (in plaats van de voorheen geldende maximum vergoedingslimiet). Of het volume-effect ook zijn oorsprong vindt in de verruiming van de indicatiecriteria, is op dit moment niet vast te stellen. Ook andere factoren, naast de verruiming van de indicatiecriteria, kunnen het volume beïnvloeden, bijvoorbeeld een autonome groei in de vraag naar hoorzorg.

De totale kosten over de jaren 2013 - 2014 zijn lager dan de totale kosten over de jaren 2011 - 2012. Zoals in paragraaf 5.3 aangegeven, zijn de cijfers over de periode 2011 - 2012 echter niet één op één vergelijkbaar met de cijfers over de

periode 2013 - 2014. Door het gewijzigde beleid per 1 januari 2013 (invoering van de eigen bijdrage in plaats van een maximumvergoeding en de verruiming van de indicatiecriteria), is sprake van de opbouw van een nieuwe kostenreeks. De komende jaren zullen wij deze kostenontwikkeling nauwlettend volgen en in beeld brengen welke trends daarin zijn te onderscheiden.

De gemiddelde kosten voor de individuele verzekerde zijn afgenomen. De (gemiddelde) eigen bijdrage sinds 1 januari 2013 is lager dan de gemiddelde eigen betaling vóór de beleidswijzigingen. Het aantal mensen dat voorheen de eigen betaling als een (groot) probleem ervoer, is afgenomen sinds de invoering van de eigen bijdrage. In welke gevallen de eigen bijdrage voor specifieke groepen volwassen slechthorenden wel een probleem is, is op basis van de uitkomsten van dit onderzoek niet vast te stellen. Een verzoek van partijen om de eigen bijdrage voor hoortoestellen af te schaffen voor kinderen is inmiddels in behandeling bij de minister van VWS.

Het is niet mogelijk om een uitspraak te doen over de kostenontwikkeling van de hoortoestellen zelf. Enerzijds ontbreken hiervoor betrouwbare gegevens en anderzijds is het aanbod van hoortoestellen in de loop der jaren aanzienlijk gewijzigd.

6 Consultatie

6.1 Geconsulteerde partijen

Vanwege hun betrokkenheid bij de hoorzorg, hebben wij dit rapport in concept voorgelegd aan de volgende partijen:

- Audicien Vereniging Nederland (AudiNed)
- Dovenschap
- Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC)
- Gezamenlijke Audiologische Industrieën Nederland (GAIN)
- Hoorprofs
- Hoorstichting
- Nederlandse Vereniging van Audiciënbedrijven (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (verder: KNO-artsen)
- Oogvereniging
- Stichting Behoud Kwaliteit Hoorzorg (SBKH)[25]
- Stichting Hoormij (voorheen NVVS, FOSS en SH-Jong)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

6.2 Ontvangen reacties

Wij hebben reacties ontvangen van de volgende partijen:

- AudiNed
- FENAC
- GAIN
- Gezamenlijke patiëntenorganisaties[26]
- Hoorprofs
- KNO-artsen
- NVAB
- SBKH
- Twee zorgverzekeraars via ZN

De patiëntenorganisaties en de audiologische centra zijn van oordeel dat voor de verstrekking van hoortoestellen moet worden doorgegaan op de ingeslagen weg. Wel zien zij een aantal verbeterpunten, waaronder verbetering van de toegankelijkheid tot de hoorzorg door aanpassing dan wel afschaffing van de eigen bijdrage, met name voor kinderen. Ook de uitvoeringspraktijk moet volgens hen worden verbeterd. De patiëntenorganisaties doen aanbevelingen over invoering van een vernieuwd protocol (Protocol hoorzorg 2.0) op korte termijn, en onderzoek naar de kwaliteit van de hoorzorg voor specifieke groepen. De tekstueel inhoudelijke opmerkingen van de audiologen zijn, voor zover van toepassing, in het rapport verwerkt.

De fabrikanten en audiciens trekken de uitkomsten van het onderzoek naar de kwaliteit van de hoorzorg in twijfel, omdat deze zijn gebaseerd op subjectieve data.

---

[25] SBKH is een stichting met als doel: activiteiten ontplooien die gericht zijn op behoud van kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en keuzevrijheid in de hoorzorg en het bewaken van de essentiële rol die de gespecialiseerde audicien hierin vervult; http://www.kwaliteithoorzorg.nl

[26] De NVVS heeft gereageerd namens acht patiëntenorganisaties, te weten: NVVS, FOSS, SH-Jong, Hoorstichting, Dovenschap, Oogvereniging, Stichting Plotsdoven en Fodok.

Ook hebben zij bezwaar tegen het huidige contracteerbeleid en de eigen bijdrage, omdat dit naar hun mening de toegang tot kwalitatief goede hoorzorg ondermijnt en de innovatie belemmert.

De zorgverzekeraars en ZN zijn het eens met de uitkomsten van het onderzoek. Voor zover van toepassing, zijn hun tekstuele voorstellen in het rapport verwerkt.

Voor de volledige reacties van partijen verwijzen wij u naar Bijlage 5 bij dit rapport. In deze paragraaf gaan wij verder in op specifieke onderdelen in de reacties.

6.2.1 *Ervaren kwaliteit van de hoorzorg*

AudiNed is van mening dat het juiste onderzoek gebaseerd zou moeten zijn op de tevredenheid van slechthorenden die een hoortoestel aangepast hebben gekregen dat hoort bij de categorie waarin zij zijn ingedeeld op basis van de AVL. Mogelijk is sprake van 'over-adequate aanpassing', waardoor het volgens AudiNed niet verwonderlijk is dat de tevredenheid van de verzekerden met het nieuwe systeem gelijk is gebleven.

Reactie Zorginstituut:

In hoeverre sprake is van 'over-adequate aanpassing' is op basis van dit onderzoek niet na te gaan. Zoals uit het onderzoek van PACT blijkt, wordt uit de dossiers niet dan wel onvoldoende duidelijk hoe is gekomen tot de indeling van een slechthorende verzekerde in een bepaalde categorie. Daarnaast merken wij op dat het juist de audiciens (onder meer leden van AudiNed) zijn die, gelet op de persoonlijke situatie van verzekerde, moeten zorgen voor een adequate match tussen de indicatie en het hoorhulpmiddel.

Verder merkt **AudiNed** op dat de slechthorende verzekerde door de verandering in het beleid om economische redenen zou moeten uitwijken naar een andere audicien als zijn huidige audicien geen contract heeft met zijn zorgverzekeraar. Mogelijk wordt de vermindering in de waardering van de bereikbaarheid van de audicien hierdoor veroorzaakt. AudiNed vreest dat groepen slechthorenden zullen moeten veranderen van audicien bij elke vernieuwing van de contracten met zorgverzekeraars, en dat dit een negatief effect zal hebben op de continuïteit van de individuele hoorzorg.

Reactie Zorginstituut:

Uit het onderzoek blijkt dat 9% van de respondenten naar een andere audicien overstapte, omdat de eerste geen contract had met zijn zorgverzekeraar. Los van het feit dat het hier om een relatief kleine groep gaat, heeft de verzekerde zelf ook de mogelijkheid om over te stappen naar een zorgverzekeraar die wel een contract heeft met de audicien van zijn eerste keuze. Daarnaast kan de verzekerde ook kiezen voor een restitutiepolis.

FENAC merkt op dat 'tevredenheid' een relatief begrip is en niet per definitie iets zegt over 'de kwaliteit van de aanpassing'. Mogelijk zou een objectieve maat voor goede hoortoestelaanpassingen, bijvoorbeeld een spraakverstaansscore of een IG-meting (technische controlemeting van de instelling van het hoortoestel) een meer objectief inzicht hebben gegeven in de kwaliteit van de hoortoestelaanpassingen volgens het nieuwe systeem.

Hoorprofs mist een aantal aspecten in de meting van de door de verzekerde ervaren kwaliteit van de hoorzorg, waaronder het antwoord op de vraag of de verzekerden minder kritisch zijn geworden door, dan wel of zij hun verwachtingen naar beneden hebben bijgesteld, vanwege de lagere eigen bijdrage sinds 2013.

NVAB en **SBKH** zijn van mening dat het onderzoek te beperkt is, omdat wordt uitgegaan van de cliëntbeleving die, per definitie, subjectief is en omdat niet wordt gekeken naar de objectief geboekte gehoorwinst. De kwaliteit van de geleverde zorg

wordt naar het oordeel van **NVAB** op deze wijze te eenzijdig en daarom mogelijk onjuist belicht en beoordeeld.
Reactie Zorginstituut:
Deze evaluatie betreft een vergelijking van de hoorzorg per 1 januari 2013 ten opzichte van de periode daarvoor. Ook vóór 2013 werd de kwaliteit van de hoorzorg gemeten aan de hand van CQI-data, dat wil zeggen, de door de gebruiker *ervaren* kwaliteit. Om tot een vergelijking te kunnen komen, is het daarom een logische keuze om ook na de beleidswijzigingen te kiezen voor de CQI-data. In het rapport hebben wij benadrukt dat het gaat om de *ervaren* kwaliteit (zie paragraaf 4.1). Wij hebben geen signalen dat verzekerden minder kritisch zijn geworden of hun verwachtingen naar beneden hebben bijgesteld.

Volgens **GAIN** heeft de invoering van de functiegerichte aanspraak zeker niet geleid tot de beoogde kwaliteitsverbetering van de hoorzorg, omdat het huidige systeem niet zou kunnen voorzien in oplossingen voor verzekerden met complexe hoorzorgvragen. Hoortoestellen die aan deze vragen tegemoet kunnen komen, zouden geen deel uitmaken van het systeem. **NVAB** wijst erop dat de resultaten van het PACT-onderzoek doen vermoeden dat de introductie van innovatieve hoorhulpmiddelen niet is verbeterd met de invoering van de functiegerichte aanspraak.
Reactie Zorginstituut:
Dat niet alle op de markt zijnde (innovatieve) hoortoestellen geclassificeerd zijn en in de hoortoestellendatabase zijn opgenomen, is het gevolg van het feit dat hoortoestelfabrikanten en -importeurs niet alle hoortoestellen hiervoor aanbieden. De introductie van innovatieve hoortoestellen is een taak van de hoortoestelfabrikanten en -importeurs zelf. Wij hebben daar geen invloed op.
In hoeverre door het niet aanbieden van (innovatieve) hoortoestellen voor verzekerden met complexe hoorzorgvragen onvoldoende adequate hoorhulpmiddelen beschikbaar zijn, blijkt niet uit dit onderzoek en is ook niet specifiek onderzocht.
Uit het onderzoek van PACT blijkt overigens dat ook mensen met een complexe hoorproblematiek binnen het huidige systeem over het algemeen adequaat kunnen worden geholpen.

Hoorprofs merkt op dat uit het onderzoek niet duidelijk wordt welke hoortoesteltechniek is geleverd bij eerste aanpassingen en welke bij herhaalverstrekkingen. Eén van de uitgangspunten van het Keuzeprotocol is immers dat er geen teruggang in techniek mag zijn bij vervanging. Het hanteren van een status quo is volgens Hoorprofs als achteruitgang aan te merken, omdat de techniek niet stil staat.
Ook de **KNO-artsen** geven aan dat uit het rapport niet blijkt dat een vergelijking wordt gemaakt tussen personen die een eerste hoortoestel hebben gekregen vóór de invoering en een vervolghoortoestel ná de invoering van het Keuzeprotocol. Zij zijn van mening dat de kwaliteit van de typen hoortoestellen die vóór en na de beleidswijziging beschikbaar zijn bij de audiciens, niet subjectief kunnen worden beoordeeld.
Reactie Zorginstituut:
Deze evaluatie betreft (onder meer) een vergelijking van de door de slechthorende verzekerden ervaren kwaliteit van de hoortoestellen vóór de beleidswijzigingen en de ervaren kwaliteit van de hoortoestellen daarna. Het gaat niet om een vergelijking van de kwaliteit van de hoortoestellen als zodanig.
Wij wijzen erop dat alle hoortoestellen ter classificatie kunnen worden aangeboden. Dat fabrikanten/leveranciers dat om hen moverende redenen soms niet doen, vindt niet zijn oorzaak in het Keuzeprotocol als zodanig.

6.2.2 *Keuzeprotocol hoorzorg*

AudiNed is van oordeel dat het bij een goed werkend Keuzeprotocol voor de audicien geen probleem zou moeten zijn om het best passende hoortoestel te leveren aan een verzekerde. Het is volgens AudiNed overigens ook niet logisch dat audiciens een klant de mogelijkheid zouden bieden om een hoortoestel te kiezen buiten de best passende categorie, omdat er vaste, absolute criteria zijn voor de indeling in een bepaalde categorie. Bovendien is dit bij een aantal zorgverzekeraars niet toegestaan, op straffe van ontbinding van het contract. AudiNed merkt verder op dat het vaststellen van de verkoopprijs van een hoortoestel in een bepaalde categorie niet in overeenstemming is met de praktijk.

Reactie Zorginstituut:

Het is aan de audicien om, in overleg met de verzekerde, te bepalen wat de best passende hooroplossing voor de verzekerde is. Dat een audicien niet altijd het best passende hoortoestel kan leveren door een beperkte keuze binnen een bepaalde categorie, is niet zozeer het gevolg van het systeem als zodanig, maar vaker van het inkoopbeleid van de audicien(keten)s (zie ook paragrafen 7.1.2 en 8.2.2), van het feit dat niet alle beschikbare hoortoestellen ter classificatie worden aangeboden, en mogelijk ook van de afspraken die in de zorgcontractering worden gemaakt tussen de leveranciers en de zorgverzekeraars. Ook het vaststellen van de kosten die de zorgverzekeraar vergoedt, vindt plaats tussen de zorgverzekeraars en leveranciers in het kader van de zorgcontractering. Wij hebben hiermee geen bemoeienis.

Het indienen van een extra zorgvraag is naar de mening van **AudiNed** en **Hoorprofs** tijdrovend en complex door de vele voorwaarden die daaraan zijn verbonden. **Hoorprofs** wijst tevens op de lange doorlooptijden van een aanvraag (tot zes maanden).

Bij doorverwijzing naar een audiologisch centrum is volgens **AudiNed** niet duidelijk of de audioloog zich in zijn advies ook moet houden aan de resultaten van de AVL en of een toestel buiten de eerder toegewezen categorie in dat geval wel wordt vergoed.

Reactie Zorginstituut:

Het is aan de zorgverzekeraar om de procedure voor het indienen van een extra zorgvraag in te richten, en om er voor te zorgen dat een dergelijke procedure niet onnodig complex en tijdrovend is. Dit is mogelijk een verbeterpunt in de uitvoeringspraktijk dat wij onder de aandacht van de zorgverzekeraars brengen.

Het gezamenlijk door verzekerde en audicien naar aanleiding van een advies van de audioloog gekozen hoortoestel, moet geclassificeerd zijn, of er moet door de audioloog een extra zorgvraag worden ingediend bij de zorgverzekeraar.

Overigens blijkt uit het onderzoek van PACT dat drie van de vijf ingediende extra zorgvragen werden gehonoreerd.

AudiNed geeft aan dat het Keuzeprotocol feitelijk niet is geïntroduceerd bij de audiciens, en dat er geen duidelijk richtlijnen zijn over de toepassing hiervan, omdat er van werd uitgegaan dat er een digitaal portaal zou zijn. Iedere audicien geeft hier dus een eigen invulling aan, op basis van eigen inzicht en expertise. Dat er een hoger percentage verzekerden geplaatst is in categorie 3 dan in categorie 4, is naar de mening van AudiNed waarschijnlijk het resultaat van een economisch tactische keuze van de audicien.

Omdat er nooit een richtlijn tot stand is gekomen over de manier waarop resultaten van de AVL voor en na de proefperiode moeten worden vergeleken, en aan welke criteria een hoortoestelaanpassing minimaal moet voldoen op basis van deze vergelijking, wordt het nut van de AVL *na* de proefperiode niet ingezien.

Het gevolg van het voorgaande is dat het Keuzeprotocol niet werkt zoals het bedoeld is.

Reactie Zorginstituut:
Wij zijn van mening dat met de invoering van een digitaal hoorportaal het juiste gebruik van het Keuzeprotocol zal worden bevorderd (zie paragraaf 8.2.1.). Nu dit digitale portaal (nog) niet tot stand is gekomen, is voorlichting van de audiciens over het gebruik van het Keuzeprotocol naar ons oordeel belangrijk. Wij zien hier juist een rol weggelegd voor de brancheverenigingen.

FENAC merkt op dat in het rapport de beperking in het huidige classificatiesysteem om nieuwe hoortoestellen met geavanceerde features in te passen, niet wordt benoemd.
Reactie Zorginstituut:
Hoortoestelfabrikanten en -importeurs kunnen hoortoestellen aanbieden voor classificatie en opname in de hoortoestellendatabase. Dit wordt niet in alle gevallen gedaan. In hoeverre het functioneren van het huidige classificatiesysteem hier de oorzaak van is, hebben wij niet onderzocht.

Volgens **GAIN** is vooral belangrijk dat bij een verantwoorde toepassing van de functiegerichte aanspraak, eerst de individuele doelstellingen van de gehoorrevalidatie in kaart worden gebracht en vervolgens, na aanpassing van de hoortoestellen, wordt nagegaan in hoeverre de doelstellingen zijn gerealiseerd. Volgens GAIN wordt deze voor de hand liggende en noodzakelijke aanpak in het systeem van zorgverzekeraars in het geheel niet toegepast.
Reactie Zorginstituut:
Ook wij achten het van belang dat de audicien en de verzekerde gezamenlijk kijken op welk hoorhulpmiddel de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen, gelet op zijn of haar individuele situatie. Dit is ook het uitgangspunt van het (geactualiseerde) Keuzeprotocol.

NVAB geeft aan dat het PACT-onderzoek reden geeft om aan te nemen dat de verleende zorg niet altijd zo functioneel is als ze behoort te zijn, onder meer omdat er gevallen worden genoemd waarin de zorgverzekeraar desgevraagd geen toestemming gaf om een adequaat hoortoestel uit een hogere categorie te selecteren. Dit zou er toe leiden dat de desbetreffende verzekerde geen toegang had tot een (gedeeltelijk) vergoede functiegerichte hooroplossing.
Antwoord Zorginstituut:
Uit het PACT-onderzoek blijkt dat van vijf ingediende extra zorgvragen er twee niet werden gehonoreerd. De motivering voor de afwijzing van deze twee aanvragen was dat gekozen werd voor een hoortoestel dat niet geclassificeerd was. Mogelijk zou een extra zorgvraag voor een geclassificeerd hoortoestel in een hogere categorie, wél zijn gehonoreerd. Dit is op basis van het onderzoek echter niet vast te stellen. Overigens betrof het PACT-onderzoek een zeer kleine populatie verzekerden en zijn de uitkomsten daarom alleen indicatief.

NVAB vindt het te vroeg om de vraag te beantwoorden of het Keuzeprotocol leidt tot een juiste indicatie/interventie-combinatie, omdat het nog in bewerking is.
De **patiëntenorganisaties** zijn het er mee eens dat het Keuzeprotocol in theorie werkbaar is, maar dat het in de praktijk ontbreekt aan uniformiteit en transparantie. Invoering van het Protocol hoorzorg 2.0, dat naar aanleiding van kritiek op het huidige Keuzeprotocol en met instemming van alle partijen tot stand is gekomen, zou hier verbetering in moeten brengen. Dit nieuwe protocol moet nog worden getest, maar zou volgens de patiëntenorganisaties bij voorkeur per 1 januari 2016 moeten worden ingevoerd. Zij pleiten voor een wettelijke verplichting van een tweejaarlijkse evaluatie door de gezamenlijke branchepartijen, met daaraan gekoppelde verbeterpunten.
Reactie Zorginstituut:

Ook wij zien dat er in de uitvoeringspraktijk nog verbeteringen noodzakelijk zijn. Wij juichen het initiatief van partijen voor de doorontwikkeling van het Keuzeprotocol toe. Op deze wijze geven zij tripartite een nadere uitwerking/invulling aan de functioneel omschreven aanspraak. Het is aan de partijen zelf om te bepalen met welke frequentie dit protocol wordt geëvalueerd. Hiervoor is geen wettelijke basis nodig.

De **patiëntenorganisaties** merken op dat het PACT-onderzoek niet de zorg heeft onderzocht die geleverd wordt aan mensen met meervoudige problematiek (bijvoorbeeld doofblinden, mensen met een auditieve beperking in combinatie met een lichamelijk en/of verstandelijke beperking). De patiëntenorganisaties pleiten ervoor dat hier alsnog onderzoek naar wordt gedaan.
Reactie Zorginstituut:
Het onderzoek dat PACT heeft uitgevoerd in het kader van deze evaluatie had een ander doel. Het doel was namelijk om, aan de hand van de klachten over de hoorzorg die sinds 1 januari 2013 bij de NVVS werden ingediend, vast te stellen of dit het gevolg was van het niet goed functioneren van het Keuzeprotocol en of er in dat geval specifieke groepen zijn waarbij dit mogelijk het geval is. De onderzoekers hebben in hun conclusies een voorbehoud gemaakt als het gaat om groepen verzekerden met complexe meervoudige problematiek, omdat die geen onderdeel uitmaakten van dit onderzoek (zie paragraaf 4.3 van dit rapport, voorlaatste alinea). Wanneer blijkt dat ook na de implementatie van Protocol 2.0 specifieke groepen slechthorenden problemen ondervinden met het verkrijgen van adequate hoorzorg, zullen wij hierover in overleg treden met de patiëntenorganisaties.

6.2.3 *Kostenontwikkeling hoorzorg*

AudiNed wijst erop dat er vóór de beleidswijzigingen hoortoestellen verkrijgbaar waren zonder eigen bijdrage.[27] Iedere audicien was destijds verplicht om een dergelijk toestel in zijn collectie te hebben. Sinds de beleidswijzigingen moet de verzekerde altijd 25% van de aanschafkosten betalen. Hierdoor wordt een kwetsbare groep geconfronteerd met een eigen bijdrage, terwijl ze zich die niet kunnen veroorloven. Niet alle zorgverzekeraars bieden een aanvullende verzekering aan die de eigen bijdrage voor een hoortoestel vergoedt en bovendien is een dergelijke verzekering juist voor deze groep vaak niet betaalbaar.
Reactie Zorginstituut:
Uit het onderzoek blijkt dat het aantal slechthorende verzekerden dat de eigen bijdrage/betaling als een probleem ervaart, is afgenomen ten opzichte van de periode vóór 2013. Het aantal respondenten dat de eigen bijdrage als een groot probleem ervaart, is zelfs gehalveerd. Zoals in paragraaf 5.2.2 aangegeven, is op basis van dit onderzoek niet vast te stellen in welke gevallen de eigen bijdrage nog wel als een (groot) probleem wordt ervaren. Wel is het zo dat de nu verschuldigde eigen bijdrage (los gezien van een eventuele tegemoetkoming vanuit een aanvullende verzekering of van betaling van de eigen bijdrage door de leverancier) lager is dan de eigen betaling voor 2013.
Ten slotte merken wij op dat het de vraag is of bij de hoortoestellen die vóór 2013 zonder eigen betaling werden aangeschaft, wel altijd sprake was van een adequate hooroplossing.

NVAB wijst erop dat de uitgaven ten laste van het Zvf in de eerste drie kwartalen van 2014 hoger waren dan daarvoor. Het zou om een volume-effect gaan dat vooral het gevolg is van de vergrijzing en dat zich ook de komende jaren zal voordoen. Zonder het aangescherpte inkoopbeleid van zorgverzekeraars zouden de uitgaven ten laste

[27] Met 'zonder eigen bijdrage' wordt bedoeld 'zonder eigen betaling'. Het ging dus om hoortoestellen die minder kostten dan de maximale vergoedingslimiet.

van het Zvf volgens NVAB niet (nagenoeg) gelijk zijn gebleven. NVAB benadrukt dat de beoogde doelstelling van gelijkblijvende lasten voor het Zvf daarmee is behaald, maar dat dit effect wel tijdelijk is.
Ook één **verzekeraar** heeft, via ZN, een kanttekening gemaakt bij de kostenontwikkeling op macroniveau, omdat hij verwacht dat de kosten ten laste van het Zvf in 2014 hoger zullen uitkomen dan vóór de beleidswijzigingen.
Reactie Zorginstituut:
De gegevens van de voorlopige kostenontwikkeling over het jaar 2014 zijn inmiddels bekend. Wij hebben het rapport aan de hand hiervan geactualiseerd (paragraaf 5.3).

De **patiëntenorganisaties** hadden graag gezien dat in dit rapport een uitspraak wordt gedaan over de mogelijkheid van verlaging of afschaffing van de wettelijke eigen bijdrage van 25%. Nu uit het evaluatieonderzoek blijkt dat de beleidswijzigingen budgetneutraal zijn uitgevoerd, komen de patiëntenorganisaties zelf tot de conclusie dat hier op dit moment geen ruimte voor is als het gaat om *alle* verzekerden. Voor de afschaffing van de eigen bijdrage voor kinderen herhalen zij wel hun eerdere oproep aan de minister van VWS, in een notitie en met verwijzing naar een recente verklaring die door alle Europese patiëntenorganisaties voor slechthorenden is ondertekend. Voor de overige hoortoestelgebruikers willen de patiëntenorganisaties graag dat de mogelijkheden voor verlaging dan wel afschaffing van de eigen bijdrage in de toekomst worden (her)beoordeeld.
Ook **FENAC** wijst er op dat de invoering van de eigen bijdrage kan leiden tot een onevenredige lastenverzwaring voor verzekerden die als gevolg van complexe(re) hoorproblematiek zijn aangewezen op de meer geavanceerde, en daardoor duurdere, hoortoestellen. FENAC pleit daarnaast voor een volledig vergoeding van hoortoestellen voor kinderen. **NVAB** is van mening dat het (maatschappelijk) belang van een mogelijk probleem van de eigen bijdrage voor kinderen dusdanig is dat dit bij iedere gelegenheid onder de aandacht gebracht moet worden.
De **patiëntenorganisaties** merken verder op dat niet is onderzocht of er mensen zijn die hebben afgezien van de aanschaf van een hoortoestel, omdat zij de eigen bijdrage niet konden betalen.
Reactie Zorginstituut:
De insteek van het evaluatieonderzoek is om te zien of de kwaliteit en de betaalbaarheid van de hoorzorg sinds de beleidswijzigingen per 1 januari 2013 gewijzigd zijn. Zoals uit de resultaten van de onderzoeken valt af te lezen, is de betaalbaarheid op individueel niveau sinds de beleidswijzigingen verbeterd. Voor welke patiëntengroepen en om welke reden nog wel een probleem is blijven bestaan, is geen onderdeel van dit onderzoek. Er is wel gekeken of op basis van de beschikbare onderzoeksgegevens (voorlopige) conclusies konden worden getrokken over de betaalbaarheid van de eigen bijdrage voor specifieke groepen. Dit is echter niet het geval.
Het is ons bekend dat de minister van VWS een verzoek van partijen in behandeling heeft over afschaffing van de eigen bijdrage voor hoortoestellen voor kinderen. Wij hebben het ministerie inmiddels voorzien van aanvullende, technische, informatie.

6.2.4 *Overige opmerkingen*

GAIN geeft aan dat zij wel betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het Keuzeprotocol, zoals aangegeven in paragraaf 4.1, maar dat hun internationaal geaccepteerde standpunten over verantwoorde hoorzorg hierin uiteindelijk niet/onvoldoende zijn meegenomen.
Reactie Zorginstituut:
Wij hebben alleen vastgesteld dat de verschillende partijen bij de totstandkoming van het Keuzeprotocol betrokken zijn geweest, maar geven geen inhoudelijk oordeel

over de rol die partijen daarbij is toebedeeld. De tekst hebben we op dit punt aangepast.

NVAB wijst erop dat nergens in de voorgelegde stukken expliciet de vraag aan de orde komt of het verscherpte inkoopbeleid van de zorgverzekeraars niet te eenzijdig gericht is op de prijs van de zorgverlening, en of de daardoor opgelopen prijsdruk voor audicienbedrijven ook negatieve kanten kent. NVAB geeft aan dat die prijsdruk ook gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de hoorzorg, nog ongeacht de gevolgen die dit heeft voor de rentabiliteit van de bedrijfstak.
Met verwijzing naar de passage in paragraaf 5.2.1[28], over de toename van de gemiddelde vergoeding door de zorgverzekeraar, merkt **Hoorprofs** op dat ook de (financiële) risico's en administratieve lasten voor de audicienbedrijven zijn toegenomen.
De **patiëntenorganisaties** roepen de zorgverzekeraars op om bij de inkoop meer naar kwaliteit te kijken en minder de focus te leggen op scherpe(re) prijsonderhandelingen. Daarbij vragen ze onder meer speciale aandacht voor het verbeteren van de keuzevrijheid, het aanbod voor mensen met een complexe zorgvraag, de nazorg en het naleven van gemaakte afspraken. Ook roepen zij op tot het uitvoeren van een gezamenlijk klantervaringsonderzoek. Op basis van een eigen analyse van de CQI-data zijn zij van mening dat met name wat betreft de nazorg en de reparaties een neergaande trend te zien is.
Ook waarschuwen de **patiëntenorganisaties** voor het maken van afspraken door zorgverzekeraars over een procentuele verdeling over de vijf in het Keuzeprotocol vastgestelde categorieën en/of het hanteren van een jaarlijks quotum, omdat dit een ongewenst effect zou kunnen hebben op zowel de uitvoering door de audiciens als de zorgverlening aan de slechthorende verzekerde.
Reactie Zorginstituut:
Wij hebben geen bemoeienis met het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Wel signaleren wij dat, om een adequate hoorzorg te borgen, bij de zorginkoop rekening moet worden gehouden met voldoende keuzemogelijkheden voor de individuele verzekerde (zie paragraaf 8.2.2).

NVAB wijst erop dat het merendeel van de door PACT geïnterviewde verzekerden het onbegrijpelijk vindt en het als zeer onrechtvaardig beschouwt, dat de vergoeding door de zorgverzekeraar helemaal vervalt als zij kiezen voor een geschikt hoortoestel in een hogere categorie. Ook verwijst NVAB naar de vaststelling door PACT dat er verzekerden zijn die om andere redenen dan het adequaat functioneren, voor een hoortoestel kiezen buiten de best passende categorie, en daar niet voor mogen bijbetalen.
Reactie Zorginstituut:
De verwijzing van de NVAB naar het PACT-onderzoek betreft slechts twee verzekerden.
Een verzekerde heeft aanspraak op een *adequate* oplossing van zijn hoorproblematiek. Dit betekent dat, als een verzekerde niet adequaat geholpen kan worden met een hoortoestel uit de best passende categorie, een extra zorgvraag kan worden ingediend. Als de verzekerde om hem moverende redenen kiest voor een minder dan wel niet adequaat hoortoestel, is het gevolg van deze keuze dat het hoortoestel niet vergoed kan worden vanuit de basisverzekering.
In het geval de verzekerde kiest voor een 'luxer' hoortoestel dan waarop hij of zij redelijkerwijs is aangewezen, verzet de Zvw zich niet tegen betaling van de meerkosten voor die 'luxere' uitvoering door de verzekerde. Vergoeding van meerkosten kan echter alleen plaatsvinden als de zorgverzekeraar deze

28 Thans paragraaf 5.3.1.

mogelijkheid in de verzekeringspolis heeft opgenomen. Hiertoe is de zorgverzekeraar niet verplicht.

De **patiëntenorganisaties** zien graag dat in de wet- en regelgeving wordt verduidelijkt wanneer sprake is van 'adequate' hoorzorg en wanneer van 'optimale' of 'luxe' hoorzorg.
Reactie Zorginstituut:
In de wet- en regelgeving is vastgelegde op welke zorg een verzekerde aanspraak kan maken. Uit de toelichting bij artikel 2.6 Rzv blijkt dat onder een adequaat (hoor)hulpmiddel kan worden verstaan: *een goed functionerend en bij de beperking van de verzekerde passend (hoor)hulpmiddel*. Het is afhankelijk van de situatie van de individuele verzekerde waar hij of zij redelijkerwijs op is aangewezen. Dit is ter beoordeling aan de zorgverzekeraar. Het is niet aan de wetgever om te definiëren wat 'optimale' of 'luxe' zorg is.

De **patiëntenorganisaties** merken verder op dat de groep verzekerden (waaronder kinderen tot 18 jaar) die een hoorhulpmiddel verstrekt krijgt onder leiding van een klinisch fysicus audioloog (volgens het NOAH4-protocol) en dus niet via het hoorrevalidatieprotocol van de audiologische centra, niet expliciet is onderzocht.
Reactie Zorginstituut:
Conform het NOAH-protocol ziet een klinisch fysicus audioloog vooral bijzondere patiëntengroepen. Afgesproken is dat de klinisch fysicus audioloog een functiegericht advies kan afgeven op basis van de eigen richtlijnen en zijn professionele oordeel. De audioloog verstrekt het hoortoestel zelf niet. Het vervolgens gezamenlijk door de verzekerde en de audicien gekozen hoortoestel moet wel geclassificeerd zijn of er moet een extra zorgvraag zijn ingediend. De slechthorende verzekerden die bij de klinisch fysicus audioloog komen, komen dus ook bij de audicien terecht en zijn meegenomen in de data als zij een CQI-vragenlijst hebben ingevuld na hun bezoek.

Daarnaast pleiten de **patiëntenorganisaties** voor het publiek toegankelijk maken van de database van geclassificeerde hoortoestellen, zodat de slechthorende verzekerde een bewuste keuze kan maken voor een hoortoestel op basis van de eigenschappen hiervan.
Reactie Zorginstituut:
Wij adviseren de patiëntenorganisaties om hierover in overleg te treden met de werkgroep classificatie.

De **patiëntenorganisaties** stellen vast dat het onderzoek over de gevolgen van de beleidswijzigingen gaat over de hoortoestellen, niet over de gevolgen hiervan voor de overige hoorhulpmiddelen.
Reactie Zorginstituut:
Wij hebben dit in paragraaf 1.2.1 van het rapport meer expliciet gemaakt.

SBKH merkt op het ongelukkig te vinden dat het huidige systeem van vergoedingen in de hoorzorg een direct advies is van het Zorginstituut zelf en citeert een stuk tekst van de website, waarmee vooruit zou worden gelopen op een positieve uitkomst van deze evaluatie.
Reactie Zorginstituut:
Het CVZ (thans het Zorginstituut) heeft in zijn rapporten van 2 april 2010 en 30 mei 2011 adviezen uitgebracht aan de minister van VWS over respectievelijk de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, en de afschaffing van de vergoedingslimieten voor hoortoestellen. De tekst die SBKH citeert van de website is hieraan ontleend: het betreft de

verwachtingen die wij destijds hebben uitgesproken als onze adviezen zouden worden opgevolgd. Het doel van deze evaluatie is om vast te stellen of de verwachtingen van destijds juist waren.

7 Samenvattende conclusies

7.1 Samenvattende conclusies

Met de beleidswijzigingen die per 1 januari 2013 werden ingevoerd, werd beoogd de doelmatigheid van de hoorzorg te verbeteren, evenals de toegankelijkheid en betaalbaarheid op individueel niveau. Dit alles met behoud van kwaliteit en bij gelijkblijvende lasten voor het Zvf.

Het doel van de uitgevoerde onderzoeken was om na te gaan of de beoogde effecten werden behaald en om na te gaan of het Keuzeprotocol goed functioneert. Op grond van de uitkomsten van de onderzoeken kan worden gesteld dat dit het geval is. In de uitvoering van het Keuzeprotocol is nog wel verbetering mogelijk.

In deze paragraaf vatten wij de eerder in dit rapport opgenomen conclusies samen.

7.1.1 *Ervaren kwaliteit hoorzorg*

De beleidswijzigingen hebben tot nu toe geen nadelige gevolgen gehad op de ervaren kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg en de ervaren kwaliteit van de verstrekte hoortoestellen. De ervaren kwaliteit van de hoorzorg is dus behouden; op sommige onderdelen is de waardering van de ervaren kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg na de beleidswijzigingen zelfs toegenomen. Met name op het punt van de ervaren verhouding prijs – kwaliteit van de hoortoestellen is sinds de beleidswijzigingen een duidelijke toename van de tevredenheid te zien.

7.1.2 *Functioneren Keuzeprotocol*

Uit de onderzoeken blijkt dat er sinds 1 januari 2013 meestal wordt gewerkt met het Keuzeprotocol. Hoe wordt vastgesteld in welke categorie een slechthorende verzekerde valt, is echter niet altijd transparant en gebeurt niet altijd op uniforme wijze.

Kijkend naar de onderzochte klachten, hoe beperkt ook in aantal ten opzichte van het totaal aantal verstrekte hoortoestellen sinds de beleidswijzigingen, blijkt dat nagenoeg iedereen binnen het Keuzeprotocol geholpen kon worden, ook als sprake is van een grote compensatiebehoefte. Overigens is uit het onderzoek niet naar voren gekomen dat, en ook niet expliciet onderzocht of, er groepen zijn die binnen het huidige Keuzeprotocol niet optimaal geholpen kunnen worden, zoals verzekerden met (complexe) meervoudige problematiek.
Het onderzoek toont verder aan dat de mogelijkheden van het Keuzeprotocol niet altijd volledig worden benut. In plaats van het indienen van een extra zorgvraag of doorverwijzing naar een audiologisch centrum, lijkt vaak de toevlucht te worden gezocht tot een hoortoestel uit een andere, hogere categorie. Dat kan er toe leiden dat de verzekerde het hoortoestel niet vergoed krijgt door zijn zorgverzekeraar, terwijl dit met een extra zorgvraag mogelijk wel het geval zou zijn geweest.
In dergelijke gevallen is ook de informatievoorziening aan de verzekerde belangrijk, over welke mogelijkheden er zijn: het recht om meerdere hoortoestellen op proef te dragen, de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen of te verwijzen naar een audiologisch centrum.

In de meeste gevallen werd een hoortoestel binnen categorie 3 verstrekt. Uit de onderzochte dossiers blijkt over het algemeen niet op basis van welke argumenten een verzekerde in een bepaalde categorie is ingedeeld. Ook is niet duidelijk in hoeverre bijvoorbeeld economische motieven van de audicien hierbij een rol spelen.

De oorzaak hiervan ligt echter niet in het Keuzeprotocol als zodanig, maar in de uitvoering hiervan.

Verder blijkt uit het onderzoek dat de instelling van het hoortoestel niet altijd optimaal is, waardoor adequaat functioneren van de verzekerde wordt beperkt.

Gebleken is ook dat de keuze tussen hoortoestellen die een audicien aanbiedt binnen een bepaalde categorie en die tot de gecontracteerde zorg horen, vaak beperkt is. Dit is enerzijds het gevolg van het inkoopbeleid van de audicien(keten)s. Hierdoor kan het voorkomen dat een verzekerde voor een adequate hooroplossing uitkomt op een hoortoestel buiten de categorie waarin hij is ingedeeld, of zelfs op een hoortoestel dat niet binnen het Keuzeprotocol is geclassificeerd. Anderzijds kan het ook zijn dat het classificatiesysteem niet geheel voldoet.

7.1.3 Kostenontwikkeling hoorzorg

7.1.3.1 Macrokosten

Wij concluderen dat de kosten ten laste van het Zvf in 2013 niet zijn toegenomen ten opzichte van de kosten vóór de beleidswijzigingen. De kosten in 2014 zijn wel aanzienlijk gestegen ten opzichte van 2013. De kostenontwikkeling in 2014 wordt veroorzaakt door zowel een prijs- als een volume-effect. Het aantal gebruikers stijgt en ook de kosten die per gebruiker ten laste van de Zvf worden, nemen toe. Welke factoren dit prijs- en volume-effect veroorzaken en of dit een doorzettende trend is, kan op dit moment niet worden vastgesteld. Mogelijk zijn de stijgende kosten per gebruiker een gevolg van de invoering van de eigen bijdrage (in plaats van de voorheen geldende maximum vergoedingslimiet) of van de verruiming van de indicatiecriteria. Maar ook andere factoren kunnen het volume beïnvloeden, bijvoorbeeld een autonome groei in de vraag naar hoorzorg.

De totale kosten over de jaren 2013 - 2014 zijn lager dan de totale kosten over de jaren 2011 - 2012. Zoals in paragraaf 5.3 aangegeven, zijn de cijfers over de periode 2011 - 2012 echter niet één op één vergelijkbaar met de cijfers over de periode 2013 - 2014. Door het gewijzigde beleid per 1 januari 2013 (invoering van de eigen bijdrage in plaats van een maximumvergoeding en de verruiming van de indicatiecriteria), is sprake van de opbouw van een nieuwe kostenreeks.
De komende jaren zullen wij de kostenontwikkeling in de hoorzorg nauwlettend volgen en in beeld brengen welke trends daarin zijn te onderscheiden.

Het is niet mogelijk om een uitspraak te doen over de kostenontwikkeling van de hoortoestellen zelf. Enerzijds ontbreken hiervoor betrouwbare gegevens en anderzijds is het aanbod van hoortoestellen in de loop der jaren aanzienlijk gewijzigd.

7.1.3.2 Eigen bijdrage

De betaalbaarheid van de hoorzorg op individueel niveau is verbeterd, de gemiddelde kosten voor de individuele verzekerde zijn afgenomen. De (gemiddelde) eigen bijdrage sinds 1 januari 2013 is lager dan eigen betalingen vóór de beleidswijzigingen. Het aantal mensen dat voorheen de eigen betaling als een (groot) probleem ervoer, is afgenomen sinds de invoering van de eigen bijdrage van 25%. In welke gevallen de eigen bijdrage nog wel een probleem is (bijvoorbeeld voor kinderen), is op basis van de uitkomsten van dit onderzoek niet vast te stellen. Het is ons bekend dat de minister van VWS een verzoek van partijen in behandeling heeft over de afschaffing van de eigen bijdrage voor kinderen.

8 Aanbevelingen en advies

8.1 Aanbevelingen aan partijen in de hoorzorg

Op basis van het voorliggende rapport en de conclusies, komen wij tot een aantal aanbevelingen aan de betrokken partijen. De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft positief geadviseerd over deze aanbevelingen.

8.1.1 *Gebruik Keuzeprotocol*

Uit de onderzoeken blijkt dat het Keuzeprotocol in grote lijnen voldoet, maar dat in de uitvoering hiervan nog verbetering mogelijk is. Het ontbreekt aan uniformiteit en inzichtelijkheid als het gaat om de manier waarop een slechthorende verzekerde in een categorie wordt ingedeeld. Ook blijkt dat niet altijd alle mogelijkheden die het Keuzeprotocol biedt om tot een adequate hooroplossing te komen, worden benut.

De slechthorende verzekerde is afhankelijk van een goede uitvoering van het Keuzeprotocol, omdat hij of zij anders mogelijk geconfronteerd wordt met een niet-adequate hooroplossing en/of met hogere kosten.

Het alsnog invoeren van een digitaal hoorportaal kan naar ons oordeel bevorderen dat het Keuzeprotocol op de juiste manier wordt gebruikt. Op basis van de gegevens in dat hoorportaal zou dan ook duidelijk kunnen worden welke groepen slechthorende verzekerden mogelijk niet optimaal binnen het Keuzeprotocol geholpen kunnen worden. Ook de beoogde doorontwikkeling van het Keuzeprotocol zou op deze manier mogelijk kunnen worden gemaakt. Wij zijn van oordeel dat voorlichting aan de audiciens over het juiste gebruik van het Keuzeprotocol van belang is. Wij zien hier een rol weggelegd voor de brancheverenigingen.
Naar aanleiding van signalen over de complexiteit en tijdrovendheid van de aanvraagprocedure voor een extra zorgvraag, vragen wij de zorgverzekeraars om na te gaan of verbetering van deze procedure mogelijk is.

Wij nodigen partijen uit om het tripartite tot stand gekomen Keuzeprotocol 2.0 aan te bieden voor opname in de Kwaliteitsbibliotheek cq. het Kwaliteitsregister.

8.1.2 *Inkoop van hoortoestellen*

Het uitgangspunt van de categorisering van de hoortoestellen is dat er binnen iedere categorie voldoende keuzevrijheid is om tegemoet te komen aan de individuele wensen van de verzekerde wat betreft functioneren in verschillende situaties, maar ook als het gaat om bijvoorbeeld het gebruiksvriendelijkheid van het hoortoestel.

Uit de onderzoeken blijkt dat een slechthorende verzekerde binnen de categorie waarin hij of zij is ingedeeld vaak beperkt is in zijn of haar keuze tussen hoortoestellen. Dit komt doordat audicien(keten)s vaak maar enkele merken en/of typen geclassificeerde hoortoestellen inkopen. Het is belangrijk dat bij de inkoop rekening wordt gehouden met de keuzemogelijkheden voor individuele verzekerden binnen een categorie. Zorgverzekeraars kunnen in hun contracten hierover afspraken maken met audiciens. Hierdoor kan worden voorkomen dat een verzekerde moet uitwijken naar een hoortoestel in een andere categorie of buiten het systeem, wat hij vervolgens niet vergoed krijgt.

Het verdient tevens aanbeveling om te bezien in hoeverre het functioneren van het classificatiesysteem mogelijk er aan bijdraagt dat bepaalde hoortoestellen niet in het systeem (kunnen) worden opgenomen. Wij gaan er van uit dat de werkgroep

classificatie dit ter hand neemt.

8.1.3 *Informatievoorziening*

Ook een verbetering van de informatievoorziening aan verzekerden over de mogelijkheden binnen het Keuzeprotocol verdient aanbeveling. Met name wat betreft het recht om meerdere hoortoestellen op proef te dragen, het indienen van een extra zorgvraag en de mogelijkheid van verwijzing naar een audiologisch centrum. De slechthorende verzekerde is immers afhankelijk van een goede advisering en informatievoorziening, omdat hij of zij anders mogelijk genoegen neemt met een minder adequate hooroplossing en/of met hogere kosten wordt geconfronteerd.

8.2 Advies aan de minister

Gezien de uitkomsten van deze evaluatie, waaruit blijkt dat de beoogde effecten van de beleidswijzigingen in de hoorzorg tot nu toe zijn behaald, adviseren wij u geen wijzigingen aan te brengen en het huidige beleid te handhaven.
Ook de ACP ziet in de uitkomsten van de evaluatie geen aanleiding om de Raad van Bestuur van het Zorginstituut te adviseren terug te komen op eerdere adviezen die aan het gewijzigde beleid met betrekking tot de hoorzorg ten grondslag hebben gelegen.

Wij zullen monitoren of de in paragraaf 8.1 voorgestelde aanbevelingen aan de partijen in de hoorzorg navolging krijgen in de praktijk en een bijdrage leveren aan het gepast gebruik van kwalitatief goed hoorzorg. Ook zullen wij de kostenontwikkeling op het terrein van de hoorzorg nauwgezet blijven volgen.

9 Vaststelling rapport

Dit rapport is vastgesteld op 8 juni 2015.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage 1: Wet- en regelgeving

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Artikel 10
Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:
[...]
d. hulpmiddelenzorg
[...]

Besluit zorgverzekering (Bzv)

Artikel 2.1

[...]

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst pas recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

[...]

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
   a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
   [...]
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering (Rzv)
In paragraaf 1.4 Rzv is de inhoud en omvang van de hulpmiddelenzorg, en daarmee de hoorzorg, nader geregeld.

Tot 1 januari 2013
Artikel 2.6, aanhef en onderdeel g
De aangewezen hulpmiddelen [...] zijn:
[...]
g. gehoorhulpmiddelen als omschreven in artikel 2.14;
[...]

Artikel 2.14

1. Hulpmiddelenzorg als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel g, omvatten:
   a. electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken en de verschaffing en vervanging van oorstukjes, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling;

b. [...]
c. een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen alsmede verschaffing en vervanging van oorstukjes.

2. Als een bijzondere uitvoering van een elektro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, wordt beschouwd:
a. een cros-uitvoering;
b. een bicros-uitvoering;
c. een beengeleider-uitvoering;
d. een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
e. een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
f. een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.

[...]

In het derde tot en met het vijfde lid van artikel 2.14 Rzv waren de voor hoortoestellen geldende gestrapte vergoedingslimieten opgenomen. Het zesde lid regelde de extra vergoeding voor hoortoestellen in een brilmontuur.

In 2012 golden de volgende vergoedingslimieten:

€ 509,50	Bij de eerste aanschaf of bij vervanging van een hoortoestel dat korten dan zes jaar was gebruikt.
€ 600,50	Bij vervanging van een hoortoestel dat zes jaar was gebruikt, maar nog geen zeven jaar.
€ 691	Bij vervanging van een hoortoestel dat zeven jaar was gebruikt.
€ 691	Voor verzekerden jonger dan 16 jaar.
€ 66	Extra vergoeding voor hoortoestellen die waren opgenomen in een brilmontuur.

Bijlage 3 van de Rzv
Bijlage behorende bij de artikelen 2.14, eerste lid [...]

4. Hoortoestel
Zorginhoudelijke criteria voor hoortoestellen zijn:
a. voor één hoortoestel, dat het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) bedraagt en dat het verstaan van spraak, in stilte aangeboden, met normale sterkte (55 dB) door toepassing van het hoortoestel ten minste 20% toeneemt.
b. voor twee hoortoestellen, dat de winst van spraakverstaanvaardigheid ten minste 10% bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel, dan wel het richtinghoren hersteld wordt tot een hoek van 45 graden;
c. bijzondere individuele zorgvragen.
[...]

Vanaf 1 januari 2013

Artikel 2.6, aanhef en onderdeel b

De aangewezen hulpmiddelen [...] zijn:

[...]

b. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;

[...]

Artikel 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:
   a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen;
   b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

[...]

Artikel 2.33

[...]

2. De eigen bijdrage voor hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie of ernstig oorsuizen bedraagt vijfentwintig procent van de aanschafkosten.

[...]

Bijlage 2

Evaluatie van de beleidswijziging voor het verstrekken van hoortoestellen in 2013

De gevolgen van de beleidswijziging voor de ervaren kwaliteit en betaalbaarheid van de hoorzorg

M. Hendriks
J.L.E. de Vries
M. Bos
I. Mosca
W. Oortwijn
AM. Plass





ISBN 978-94-6122-308-1

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

Inhoud

Managementsamenvatting

Per 1 januari 2013 is het overheidsbeleid voor het verstrekken van hoortoestellen op twee punten gewijzigd: de functiegerichte aanspraak is ingevoerd samen met een nieuw vergoedingssysteem. Het NIVEL en Ecorys evalueerden de effecten van deze beleidswijziging voor de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit en de betaalbaarheid van de hoorzorg. De evaluatie laat zien dat de ervaringen van hoortoesteldragers met de audicien en het hoortoestel ten minste gelijk zijn gebleven na de invoering van het nieuwe beleid. Tegelijkertijd zijn zowel de kosten ten laste van het zorgverzekeringsfonds als de hoogte van de eigen bijdragen voor de hoortoesteldragers verminderd.

De gedachte achter de 'functiegerichte aanspraak' is dat de beperkingen die een slechthorende in verschillende situaties ervaart zo optimaal mogelijk worden gecompenseerd. Om dit in de praktijk vorm te geven is door Zorgverzekeraars Nederland het 'Indicatieprotocol hoorzorg' opgesteld. Dit protocol moet ertoe leiden dat er een eenvoudige hoor-oplossing wordt geboden waar dat kan en een complexe hoor-oplossing waar dat nodig is. Tegelijkertijd is het vergoedingssysteem voor hoortoestellen veranderd. Hierbij is een eigen bijdrage van 25% aan de voet geïntroduceerd. Deze eigen bijdrage heeft betrekking op de aanschafkosten van het hoortoestel. Tot 2013 bestond de vergoedingssystematiek uit maximum vergoedingslimieten. Hierbij was sprake van eigen betalingen aan de top; het bedrag boven de vergoedingslimiet kwam voor eigen rekening van de hoortoestelgebruiker.

Positieve ervaringen met de audicien en het hoortoestel
Hoortoesteldragers zijn over het algemeen positief over de dienstverlening door de audicien en over het hoortoestel dat ze hebben, zowel voor als na de beleidswijziging in 2013 (periode 2010-2014). Ze rapporteerden na de beleidswijziging op meerdere aspecten positievere ervaringen met de audicien en het hoortoestel dan ervoor. Maar het gaat hier om kleine verschillen.

Indicatieprotocol hoorzorg
Om de functiegerichte aanspraak vorm te geven is door Zorgverzekeraars Nederland het 'Indicatieprotocol hoorzorg' opgesteld. Binnen dit protocol deelt de audicien een persoon op basis van audiologische testen en de 'Amsterdamse vragenlijst voor auditieve beperkingen' in in één van vijf categorieën. De categorieën variëren van relatief eenvoudig op te lossen gehoorproblemen (categorie 1) tot de meest complexe gehoorproblemen (categorie 5). Iemand krijgt in principe alleen een hoortoestel vergoed dat binnen zijn categorie valt. Het is niet duidelijk in hoeverre het Indicatieprotocol hoorzorg reeds volledig is geïmplementeerd. De helft van de mensen gaf aan een vragenlijst te hebben ingevuld over hun gehoorprobleem en de meerderheid (circa 70%) weet niet in welke categorie ze vallen. Bijna 5% van de verstrekte hoortoestellen was niet ingedeeld in één van de vijf categorieën.

Verbeterpunten
Er liggen voor audiciens verbeterpunten als het gaat om de informatievoorziening. Een aanzienlijke groep geeft aan dat ze niet zijn geïnformeerd over het recht om twee hoortoestellen te proberen, de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen en de mogelijkheid om een hoortoestel op eigen kosten aan te schaffen. Dit terwijl in het Indicatieprotocol hoorzorg staat dat mensen deze informatie dienen te krijgen van de audicien. Ook de keuzevrijheid tussen hoortoestellen is een punt van aandacht. Twee derde van de mensen gaf aan na de beleidswijziging uit één of twee hoortoestellen te kunnen kiezen. Van deze groep vond bijna 40% dit niet genoeg; dit is een kwart van alle respondenten. Eén op de vijf had graag meer hoortoestellen willen proberen.

Betaalbaarheid van de hoorzorg verbeterd
Zowel de kosten ten laste van het zorgverzekeringsfonds als de hoogte van de eigen bijdragen voor hoortoesteldragers zijn gedaald na de beleidswijziging. In 2012 bedroegen de totale uitgaven aan hoortoestellen ongeveer 170 miljoen euro. Vervolgens zijn de uitgaven in 2013 sterk gedaald naar ongeveer 120 miljoen euro. Dit is zelfs onder het niveau van de uitgaven in de periode 2008 tot en met 2011. De gemiddelde eigen bijdrage lag in de eerste helft van 2014 (336 euro) 51,1% lager dan de gemiddelde eigen betaling in 2009/2010 (648 euro). Eveneens is het percentage hoortoestelgebruikers dat het betalen van de eigen betaling/bijdrage van een hoortoestel als een groot probleem ervoer gedaald over de jaren: van 15% in 2009/2010 naar 5% in de eerste helft van 2014.

Daarnaast lijkt het waarschijnlijk dat de prijzen van hoortoestellen zijn gedaald tussen 2009 en 2014. Door het ontbreken van exacte en consistente prijsdata van hoortoestellen kunnen we niet concluderen dat de berekende prijsdaling een effect is van de beleidswijziging.

Beleidswijziging voldoet aan verwachting
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beoogde met de beleidswijziging de doelmatigheid van de hoorzorg, alsook de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de individuele hoortoesteldrager te verbeteren. Dit bij gelijkblijvende lasten voor het zorgverzekeringsfonds en zonder noemenswaardig verlies van kwaliteit. De evaluatie laat zien dat de ervaringen van hoortoesteldragers met de kwaliteit van de hoorzorg gelijk is gebleven of is verbeterd na de beleidswijziging. Daarbij zijn zowel de kosten ten laste van het zorgverzekeringsfonds als de hoogte van de eigen bijdragen van hoortoesteldragers verminderd. Hiermee heeft de beleidswijziging de beoogde effecten.

1 Inleiding

Per 1 januari 2013 is het overheidsbeleid voor het verstrekken van hoortoestellen op twee punten gewijzigd: de functiegerichte aanspraak is ingevoerd samen met een nieuw vergoedingssysteem. Dit rapport is de eindrapportage van de evaluatie van de effecten van deze beleidswijziging voor de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit van de hoorzorg en de betaalbaarheid van de hoorzorg.

1.1 Functiegerichte aanspraak

Vanuit de gedachte dat de zorgbehoeften van de individuele persoon in plaats van het zorgaanbod centraal dient te staan (Ministerie VWS, 2000; Visser et al., 2010), is per 1 januari 2013 de 'functiegerichte aanspraak' op hoorhulpmiddelen ingevoerd. De gedachte achter de functiegerichte aanspraak is om de beperkingen die een individu ervaart door stoornissen in de hoorfunctie zo optimaal mogelijk te compenseren. De basis is een gedifferentieerde indicatiestelling met een daarop aansluitende gedifferentieerde verstrekking. Oftewel, een eenvoudige hoor-oplossing wordt geboden waar dat kan en een complexe hooroplossing waar dat nodig is. Hierbij is het van belang om niet alleen te kijken naar de mate van gehoorverlies maar ook naar de hoorbehoefte in termen van iemands luistertaken en luisteromgeving (Dreschler et al., 2009; Visser et al., 2010). De verwachting is dat de nieuwe werkwijze zal leiden tot een doelmatiger en kwalitatief betere hoorzorg (Visser et al., 2010).

1.1.1 Indicatieprotocol hoorzorg

Om de functiegerichte aanspraak in de praktijk vorm te geven is door Zorgverzekeraars Nederland het 'Indicatieprotocol hoorzorg' opgesteld (Zorgverzekeraars Nederland, 2012). Dit protocol beschrijft de stappen die audiciens dienen uit te voeren binnen het selectie- en aanpasproces van een hoortoestel. De belangrijkste stappen zijn:

1. De mate van gehoorverlies wordt door de audicien bepaald op basis van audiologische testen.
2. De (potentiële) hoortoesteldrager vult de 'Amsterdamse vragenlijst voor auditieve beperkingen' in om zo de ervaren beperkingen en hoorbehoefte in kaart te brengen.
3. De audicien beoordeelt welke categorie van gehoorprobleem van toepassing is. Er zijn vijf categorieën variërend van categorie 1 voor relatief eenvoudig op te lossen gehoorproblemen tot categorie 5 voor de meest complexe gehoorproblemen.
4. De hoortoesteldrager kiest een hoortoestel uit het aanbod van de audicien binnen de categorie waar hij/zij is ingedeeld.
5. De hoortoesteldrager probeert het hoortoestel uit in het dagelijkse leven. Iedereen heeft het recht om tijdens twee opeenvolgende proefperioden

verschillende toestellen uit te proberen. Deze keuzeoptie dient altijd door de audicien te worden aangeboden.

Het protocol bepaalt ook dat mensen worden geïnformeerd over de medische /verwijsdiagnose, de prognose, bij welke cliëntenorganisaties hij/zij terecht kan voor informatie en ondersteuning, de financiering van het hoortoestel, en welke alternatieven er zijn. Wat betreft de financiering geldt dat uitsluitend een hoortoestel binnen de toegewezen categorie in aanmerking komt voor vergoeding door de zorgverzekeraar. Voor hoortoesteldragers is het derhalve niet langer mogelijk te kiezen uit alle beschikbare hoortoestellen indien zij het hoortoestel vergoed willen krijgen.

Het streven van Zorgverzekeraars Nederland was om het indicatieprotocol te digitaliseren waarbij het invoeren van de resultaten van de audiologische testen en de Amsterdamse vragenlijst leidt tot de indeling in één van de vijf categorieën. Het beoogde digitale indicatieprotocol is echter nog niet beschikbaar. Audiciens/ audiologen beoordelen vooralsnog zelf op basis van de resultaten welke categorie gehoorprobleem van toepassing is voor de betreffende klant.

1.2 Nieuw vergoedingssysteem hoortoestellen

Om de functiegerichte aanspraak te realiseren was het volgens het CVZ noodzakelijk om de indicatiecriteria voor hoortoestellen te verruimen en het vergoedingssysteem aan te passen (Visser et al., 2010). Vanaf 2013 komt een verzekerde al in aanmerking voor de vergoeding van een hoortoestel bij een gehoorverlies van 35 dB aan het slechtste oor in plaats van –zoals eerst - bij een gehoorverlies van 35 dB aan het beste oor.

Tot 2013 bestond de vergoeding van een hoortoestel uit een vaststaande vergoedingslimiet, afhankelijk van de leeftijd van de hoortoesteldrager en de gebruiksduur van het vorige toestel. Hoe langer men het vorige hoortoestel had des te hoger was de vergoeding bij een volgende aanschaf. Als het vorige hoortoestel korter dan vijf jaar was gebruikt, kwam de verzekerde niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij op indicatie van en na aanvraag door een KNO-arts of audiologisch centrum. Door dit systeem van getrapte vergoedingslimieten bestond er bij zorgverzekeraars echter geen financiële prikkel om te onderhandelen over de prijs van hoortoestellen. Volgens CVZ konden hierdoor geen marktconforme prijzen van hoortoestellen tot stand komen (Visser et al., 2010). Om de marktwerking in de hoorzorg te vergroten, zijn de vergoedingslimieten per 1 januari 2013 afgeschaft. De verwachting was dat de zorgverzekeraars meer zouden gaan onderhandelen over de inkoopprijs van hoortoestellen met een daling in de gemiddelde inkoopprijs als gevolg (Visser, 2011).

Met het afschaffen van de vergoedingslimieten kon de door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gewenste budgetneutraliteit van de beleidswijziging niet worden gegarandeerd (Visser, 2011). Daarom is een eigen bijdrage van 25% aan de voet geïntroduceerd. Dit betreft de aanschafkosten van het hoortoestel. In het geval van een naturapolis wordt de overige 75% van de aankoopprijs vergoed

onder de voorwaarden dat het een hoortoestel uit de toegewezen categorie betreft en het hoortoestel wordt aangeschaft bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde audicien. Bij niet-gecontracteerde zorg krijgt de verzekerde een lagere vergoeding. Wanneer een verzekerde een restitutiepolis heeft, dan ontvangt deze 75% van een door de zorgverzekeraar bepaald marktconform tarief voor het hoortoestel. Indien de prijs van het hoortoestel het marktconform tarief overstijgt, moet de verzekerde het verschil zelf betalen. De verwachting is dat verzekerden door de nieuwe vergoedingsregels gemiddeld minder hoeven bij te betalen voor het hoortoestel dan eerder (Visser, 2011). Een procentuele eigen bijdrage stimuleert de verzekerde bovendien tot een meer kostenbewuste keuze.

1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen

De verwachting van de minister van VWS is dat door het gewijzigde beleid voor het verstrekken van hoortoestellen de doelmatigheid van de hoorzorg verbetert net als de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de individuele hoortoesteldrager. En dat bij gelijkblijvende lasten voor het zorgverzekeringsfonds en zonder noemenswaardig verlies van kwaliteit. Met dit onderzoek evalueerden het NIVEL en Ecorys of het gewijzigde beleid inderdaad deze beoogde effecten heeft. De volgende onderzoeksvraag stond centraal:

'Heeft het nieuwe beleid voor het verstrekken van hoortoestellen de beoogde effecten ten aanzien van de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit van de hoorzorg en het hoortoestel en ten aanzien van de betaalbaarheid van de hoorzorg?'

Deze hoofdvraag splitsen we uit in de volgende zes deelvragen:

1. Wat zijn de gevolgen van de beleidswijziging voor de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit van de hoorzorg?
   a. Hoe ervaren hoortoesteldragers de kwaliteit van de dienstverlening door de audicien na de beleidswijziging?
   b. Verschillen de ervaringen met de audicien voor en na de beleidswijziging?
   c. Verschillen de ervaringen met de audicien na de beleidswijziging tussen verschillende groepen hoortoesteldragers?

2. In hoeverre vindt dienstverlening door de audicien na de beleidswijziging plaats volgens het 'Indicatieprotocol hoorzorg'? Bijvoorbeeld:
   a. Hoe verloopt de toewijzing van categorieën in de praktijk?
   b. Hoe verloopt de informatievoorziening van de audicien richting de (potentiële) hoortoesteldrager na de beleidswijziging?

3. Wat zijn de gevolgen van de beleidswijziging voor de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit en keuzevrijheid van het aangeschafte hoortoestel?
   a. Hoe ervaren hoortoesteldragers de kwaliteit van het hoortoestel na de beleidswijziging?
   b. Hoe ervaren hoortoesteldragers de keuzevrijheid omtrent het hoortoestel na de beleidswijziging?
   c. Verschillen de ervaringen met het hoortoestel voor en na de beleidswijziging?
   d. Verschillen de ervaringen met het hoortoestel na de beleidswijziging tussen verschillende groepen hoortoesteldragers?

4. Wat zijn de financiële effecten van de beleidswijziging ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds?
   a. Wat zijn de totale uitgaven aan hoortoestellen die ten laste komen van het zorgverzekeringsfonds per jaar?
   b. Zijn de totale uitgaven aan hoortoestellen die ten laste van het zorgverzekeringsfonds worden gedaan hoger dan voordat de maatregelen werden genomen?

5. Wat zijn de financiële effecten van de beleidswijziging voor verzekerden?
   a. Zijn de eigen bijdragen door individuen hoger dan wat ze waren voor de genomen maatregelen ?
   b. Hoe ervaren hoortoesteldragers de betaalbaarheid van het hoortoestel in het nieuwe systeem?
   c. Is er verschil tussen de ervaren betaalbaarheid van het hoortoestel met voorgaande jaren?

6. Zijn de prijzen van hoortoestellen veranderd als gevolg van de beleidswijziging?

1.4 Leeswijzer

Dit rapport bevat de verantwoording en resultaten van het onderzoek dat liep van juli 2013 tot april 2015. In hoofdstuk 2 wordt de methode beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de ervaringen van hoortoesteldragers met de dienstverlening door de audicien en het hoortoestel (onderzoeksvragen 1 tot en met 3). Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten met betrekking tot de financiële gevolgen (onderzoeksvragen 4 tot en met 6). Het rapport sluit af met een algemene samenvatting en discussie (hoofdstuk 5).

2 Methode

NIVEL en Ecorys werkten voor het huidige onderzoek samen. Het NIVEL richtte zich op het in kaart brengen van de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit van de hoorzorg (onderzoeksvragen 1 tot en met 3). Ecorys keek naar de financiële gevolgen van de beleidswijziging (onderzoeksvragen 4 tot en met 6). In dit hoofdstuk beschrijven we de activiteiten die het NIVEL en Ecorys hebben uitgevoerd.

2.1 NIVEL-activiteiten

Voor het in kaart brengen van de ervaren kwaliteit van de hoorzorg maakten we gebruik van data afkomstig van Consumer Quality index (CQI) vragenlijsten (Delnoij & Hendriks, 2008): de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen. Zowel voor als na de beleidswijziging hebben er verschillende metingen plaatsgevonden met beide vragenlijsten. Deze metingen vormden een goede basis voor het evalueren van de effecten van het nieuwe beleid voor het verstrekken van hoortoestellen.

2.1.1 CQI Metingen 2010-2014

In de periode 2010-2014 zijn de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen in totaal ingevuld door respectievelijk 17.294 en 15.929 hoortoesteldragers. De CQI Audiciens vraagt naar de ervaringen van hoortoesteldragers met onder andere de bejegening, deskundigheid en dienstverlening van de audicien (zie bijlage 1; Booij et al., 2011). Om te bepalen of het proces van het verstrekken van een hoortoestel na de beleidswijziging overeenkomt met het Indicatieprotocol hoorzorg zijn bij de laatste twee metingen elf vragen toegevoegd aan de vragenlijst (zie vragen 54 tot en met 64). De CQI Hoortoestellen vraagt naar de ervaringen van hoortoesteldragers met het hoortoestel zelf (zie bijlage 2; Booij et al., 2011; Krol et al., 2014).

We geven de ervaringen van hoortoesteldragers met de audicien en het hoortoestel weer voor zes perioden:

- vierde kwartaal 2009 tot en met eerste helft 2010 (2009/2010)
- vierde kwartaal 2011 tot en met eerste helft 2012 (2011/2012)
- tweede helft 2012
- eerste helft 2013
- tweede helft 2013
- eerste helft 2014

Bijlage 3 geeft meer informatie over de verschillende metingen zoals de selectiecriteria voor de respondenten en het aantal ingevulde CQI vragenlijsten. Voor de interpretatie van de resultaten is het belangrijk om te weten dat de vragenlijsten in 2009/2010 en 2011/2012 zijn uitgezet onder mensen die een hoortoestel hebben aangeschaft. Bij de

latere metingen zijn ook mensen die een hoortoestel op proef hadden gehad maar niet hebben aangeschaft meegenomen. De metingen vonden plaats onder klanten van vrijwel alle audicienketens, maar de meeste ketens komen niet voor in metingen. Twee audicienketens waren sterker vertegenwoordigd dan de anderen.

2.1.2 Vergelijkingen over de tijd en tussen groepen

Naast het weergeven van de ervaringen van hoortoesteldragers voor de zes verschillende perioden, bekeken we of de ervaringen verschilden voor en na de beleidswijziging per 1 januari 2013. Hiervoor vergeleken we de ervaringen in de eerste drie meetperioden (2009/2010, 2011/2012, tweede helft 2012) met de ervaringen in de laatste drie meetperioden (eerste helft 2013, tweede helft 2013, eerste helft 2014). Om te bepalen of sommige groepen meer of minder tevreden zijn met de huidige hoorzorg vergeleken we de ervaringen na de beleidswijziging tussen verschillende groepen zoals verschillende leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen en mensen ingedeeld in verschillende categorieën gehoorproblemen. Voor meer informatie over de uitgevoerde analyses zie bijlage 3.

2.2 Ecorys-activiteiten

Ecorys richtte zich op de betaalbaarheid en keek naar de financiële gevolgen op macroniveau, de betaalbaarheid op individueel niveau en veranderingen in de prijzen van hoortoestellen (onderzoeksvragen 4 tot en met 6). De analyse van dit deel van de evaluatie is gebaseerd op beschikbare literatuur en bestaande gegevensbestanden. Er zijn geen nieuwe gegevens verzameld.

2.2.1 Financiële effecten ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds

De beantwoording van de vraag naar de financiële effecten van de beleidswijziging ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds (onderzoeksvraag 4) vereist een nulmeting van de totale uitgaven aan hoortoestellen die de jaren voorafgaand aan de beleidswijziging ten laste zijn gekomen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) (2008-2012) en een nameting van de totale uitgaven aan hoortoestellen die de jaren na de beleidswijziging ten laste zijn gekomen van de Zvw (2013-2014).

Trendanalyse

Aan de hand van gegevens uit de GIP[1] databank van het Zorginstituut Nederland is een trendanalyse uitgevoerd van de totale uitgaven in de periode 2008-2014. De GIP databank verschafte informatie over de kosten van hoortoestellen op macroniveau. Dat wil zeggen: de totale kosten van hoorzorg die jaarlijks door zorgverzekeraars zijn vergoed. Tevens is – via het Zorginstituut Nederland - tijdelijke toegang verkregen tot GIP data om op een gedetailleerder niveau de beschikbare GIP data te analyseren. Deze

[1] Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP)

niet publiek toegankelijke data maakte het mogelijk om ook inzicht te krijgen in de totale kosten per kwartaal.

Een mogelijke verandering in de uitgaven ten laste van de Zvw over tijd kan op twee manieren worden verklaard, namelijk door een verandering in volume ofwel een verandering in de vergoeding van hoortoestellen. Middels het aantal declaraties voor hoortoestellen werd een indicatie gegeven voor de verandering in volume over de jaren. Daarnaast geeft de gemiddelde vergoeding per declaratie per jaar een indicatie van de verandering in de vergoeding van hoortoestellen. Let wel, de gemiddelde vergoeding per declaratie geeft geen exacte weergave van de vergoeding per hoortoestel, aangezien sommige declaraties een vergoeding bevatten voor twee hoortoestellen. Hierdoor wijkt de hoogte van de gemiddelde vergoeding per declaratie af van de verwachte gemiddelde vergoeding per hoortoestel. De verwachte gemiddelde vergoeding per hoortoestel dient te liggen tussen de range van maximaal gestelde vergoedingslimieten per hoortoestel per jaar.

Additioneel bood de niet-publiek toegankelijke GIP data inzicht in kwartaalcijfers van de totale uitgaven aan hoortoestellen. Met de cijfers behorend bij de laatste kwartalen zijn de zogenoemde eindejaarseffecten in kaart gebracht. Een eindejaarseffect wil zeggen dat een relatief groot aandeel van de totale uitgaven wordt gedaan in het laatste kwartaal. Normaliter kan het eindejaarseffect worden verklaard door het verplichte eigen risico dat mogelijk verbruikt is aan het einde van het jaar. Door het ontbreken van een financiële prikkel zal het remgeldeffect afnemen en worden mensen niet meer gestimuleerd hun zorggebruik te beperken. Eigen bijdragen in de zorg kunnen twee effecten hebben: een deel van de zorg wordt nog steeds geconsumeerd, maar mensen betalen die zorg zelf, en een ander deel van de zorg wordt niet meer gevraagd. Het eerste deel duiden we aan als een financieringsverschuiving waarbij de particuliere zorguitgaven toenemen en de collectieve uitgaven afnemen (van collectief naar privaat). Het tweede deel is het gedragseffect of het remgeldeffect.

2.2.2 Eigen betalingen/bijdragen

Ten behoeve van onderzoeksvraag 5 is gekeken naar de hoogte van de eigen betaling/bijdrage in de periode van 2008-2014. Voor de beleidswijziging (tot 2013) was er sprake van een *eigen betaling* aan de top. De vergoedingssystematiek bestond uit maximum vergoedingslimieten voor hoortoestellen; het bedrag boven de vergoedingslimiet kwam voor eigen rekening van de hoortoestelgebruiker. Sinds 2013 is sprake van een *eigen bijdrage* aan de voet (25%). Dit heeft betrekking op de aanschafkosten van het hoortoestel (Visser, 2011). Voor het gemak gebruiken we in het vervolg van het rapport de term 'eigen bijdrage(n)' voor beide vormen. Om de daadwerkelijke eigen bijdragen te berekenen is gebruik gemaakt van zowel objectieve data (Rekentool Beter Horen en GIP databank) als subjectieve data (desk research en CQI data). Zie bijlage 4 voor een beschrijving van deze bronnen. Daarnaast is de ervaring van hoortoesteldragers met het betalen van de eigen bijdrage in kaart gebracht op basis van de CQI data.

2.2.3 *Prijzen van hoortoestellen*

Voor het verkrijgen van inzicht in de prijzen van hoortoestellen (onderzoeksvraag 6) is gebruik gemaakt van deskresearch, de CQI data, de rekentool van Beter Horen, declaratiegegevens van een zorgverzekeraar en schattingen van prijzen door de Nederlandse Vereniging van Audicien Bedrijven (NVAB). Zie bijlage 4 voor een uitgebreidere beschrijving.

3 Ervaren kwaliteit van de hoorzorg

Dit hoofdstuk beschrijft de ervaringen van hoortoesteldragers met de dienstverlening door de audicien (paragraaf 3.1) en met het hoortoestel (paragraaf 3.2). We geven de ervaringen vóór (periode 2009-2012) en na (periode 2013-2014) de beleidswijziging weer en vergelijken deze. De ervaringen worden gegeven op vraagniveau en op het niveau van de schalen in beide vragenlijsten (zie bijlage 5 en 6 voor de vragen die in de schaalscores zijn opgenomen). In paragraaf 3.3 beschrijven we de verschillen in ervaringen na de beleidswijziging tussen verschillende groepen.

3.1 Ervaringen met de audicien

3.1.1 Respondenten

In tabel 3.1 staan de achtergrondkenmerken van de respondenten op de CQI Audiciens beschreven. Circa 60% van alle respondenten was man en bijna drie kwart was ouder dan 65 jaar. Ongeveer de helft had lager tot middelbaar beroepsonderwijs als opleidingsniveau. Het merendeel beoordeelde zijn/haar gezondheid als goed tot uitstekend. De meeste respondenten vulden de vragenlijst in voor de zorg die ze zelf van een audicien hadden ontvangen.

Verder zien we dat de meeste mensen het hoortoestel hebben aangeschaft na de proefperiode. Voor de meeste hoortoesteldragers was zonder hoortoestel gefluister, delen van gesprekken of bepaalde zachte medeklinkers niet te verstaan (31-90 dB slechthorendheid). Naast slechthorendheid had bijna een derde last van tinnitus.

Tabel 3.1 Achtergrondkenmerken van respondenten op de CQI Audiciens (perioden 2009-2014; N = 17.294)

	N	%
Kenmerken invuller van de vragenlijst		
Geslacht		
Man	10.176	58,8
Vrouw	6.778	39,2
Onbekend	340	2,0
Leeftijd		
Tot en met 54 jaar	1.720	10,0
55 tot en met 64 jaar	3.285	19,0
65 tot en met 74 jaar	5.555	32,1
75 tot en met 79 jaar	2.804	16,2
80 jaar en ouder	3.655	21,1
Onbekend	275	1,6

tabel 3.1 wordt vervolgd

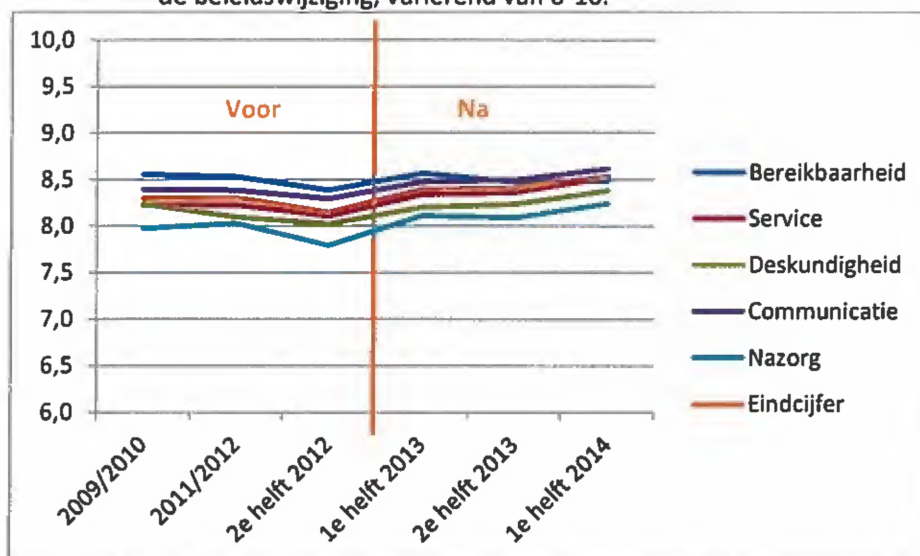
vervolg tabel 3.1

	N	%
Opleiding		
Geen	363	2,1
Lager onderwijs	1.365	7,9
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	3.052	17,7
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	3.268	18,9
Middelbaar beroepsonderwijs	2.636	15,2
Hoger algemeen onderwijs en VWO	1.334	7,7
Hoger beroepsonderwijs	3.274	18,9
Wetenschappelijk onderwijs	1.273	7,4
Onbekend	729	4,2
Ervaren gezondheid		
Uitstekend	1.108	6,4
Zeer goed	2.940	17,0
Goed	9.306	53,8
Matig	2.948	17,1
Slecht	775	4,5
Onbekend	217	1,3
Voor wie is de vragenlijst ingevuld		
Respondent zelf	15.421	89,2
Kind	112	0,7
Partner	627	3,6
Familie/vriend/kennis	594	3,4
Onbekend	540	3,1
Kenmerken hoortoesteldrager		
Hoortoestel op proef of aangeschaft		
Aangeschaft	15.908	92,0
Op proef	201	1,2
Niet aangeschaft	395	2,3
Onbekend	790	4,6
Mate van slechthorendheid		
0-30 dB	790	4,6
31-60 dB	7.168	41,5
61-90 dB	6.520	37,7
>90 dB	1.565	9,1
Onbekend	1.251	7,2
Andere aandoeningen		
Hyperacusis (overgevoeligheid voor geluid)	1.966	11,4
Tinnitus (oorsuizen)	5.360	31,0
Ziekte van Menière (draaierigheid/duizeligheid)	1.309	7,6
Brughoektumor bij het oor	121	0,7
Overig	1.394	8,1

3.1.2 *Algemene waardering en schaalscores*

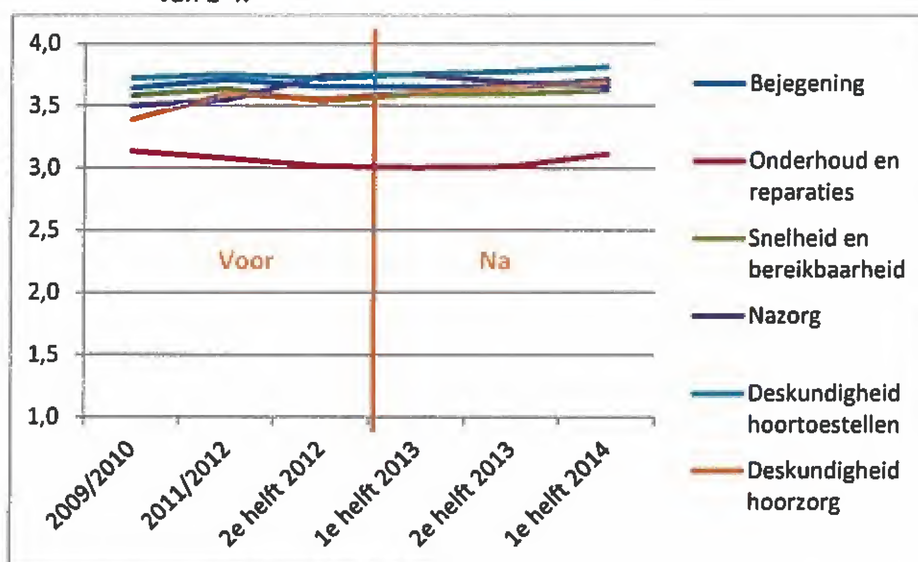
Hoortoesteldragers zijn over het algemeen positief over de audicien. Ze waardeerden de audicien over de jaren gemiddeld met een 8,1-8,5 (op een schaal van 0 tot 10; zie figuur 3.1). Het meest positief waren ze over de bereikbaarheid en het minst positief over de nazorg van de audicien.

Figuur 3.1 Algemene waardering van de audicien voor (2010-2012) en na (2013-2014) de beleidswijziging, variërend van 0-10.



Uit de scores op de schalen blijkt dat de respondenten positieve ervaringen hadden op vrijwel alle kwaliteitsaspecten (zie figuur 3.2). De ervaringen met onderhoud en reparaties waren wat minder positief.

Figuur 3.2 Gemiddelde schaalscores van aspecten van dienstverlening door de audicien voor (2010-2012) en na (2013-2014) de beleidswijziging, variërend van 1-4.



3.1.3 *Vergelijkingen over de tijd*

Uit figuur 3.1 en figuur 3.2 blijkt dat de ervaringen met de audicien over de jaren redelijk stabiel zijn gebleven. Er is alleen een lichte daling te zien in de algemene waardering van verschillende aspecten van de dienstverlening in de tweede helft van 2012 (voor de beleidswijziging). Uit de vergelijkende analyses blijkt dat de respondenten na de beleidswijziging positievere ervaringen met de audicien rapporteerden dan ervoor. Het gaat hierbij veelal om kleine verschillen (zie tabel 3.2).[2]

Tabel 3.2 Verschillen in gemiddelde scores op de CQI Audiciens voor en na de beleidswijziging[a]

	Verschil tussen voor en na beleidswijziging	p-waarde
Algemene waardering		
Bereikbaarheid	+0,12	<0,001*
Service	+0,32	<0,001*
Deskundigheid	+0,28	<0,001*
Communicatie	+0,25	<0,001*
Nazorg	+0,28	<0,001*
Eindoordeel	+0,30	<0,001*
Schaalscores		
Bejegening	0,00	0,765
Onderhoud en reparatie	+0,06	0,067
Snelheid en bereikbaarheid	+0,03	<,001*
Nazorg	+0,05	0,001*
Deskundigheid hoortoestellen	+0,07	<0,001*
Deskundigheid hoorzorg	+0,13	<0,001*

[a] Verschil in gemiddelde scores is gebaseerd op multilevel analyses met audicienketen als level 1 variabele (fixed effects) waarbij is gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en ervaring gezondheid van de respondenten.
* p<0,05 is significant verschil

3.1.4 *Ervaringen met het Indicatieprotocol hoorzorg*

In de metingen over de tweede helft van 2013 en de eerste helft van 2014 (na de beleidswijziging) zijn elf aanvullende vragen gesteld over de ervaringen van hoortoesteldragers met het Indicatieprotocol hoorzorg. Deze vragen zijn ingevuld door 1.234 respondenten. In deze paragraaf beschrijven we de resultaten voor deze vragen.

Categorie gehoorprobleem en hoortoestel
Een belangrijk instrument binnen het Indicatieprotocol hoorzorg is de Amsterdamse Vragenlijst. Op deze vragenlijst geeft de (potentiële) hoortoesteldrager voor verschillende luistersituaties aan in hoeverre hij/zij moeite heeft met het gehoor en ook hoe vaak deze situatie voorkomt. 50% van de respondenten gaf aan dat ze een vragenlijst hadden ingevuld over hoe ze in verschillende omstandigheden konden horen. Ter vergelijking gaf 77% aan dat er een toonaudiometrie (horen van piepjes) is

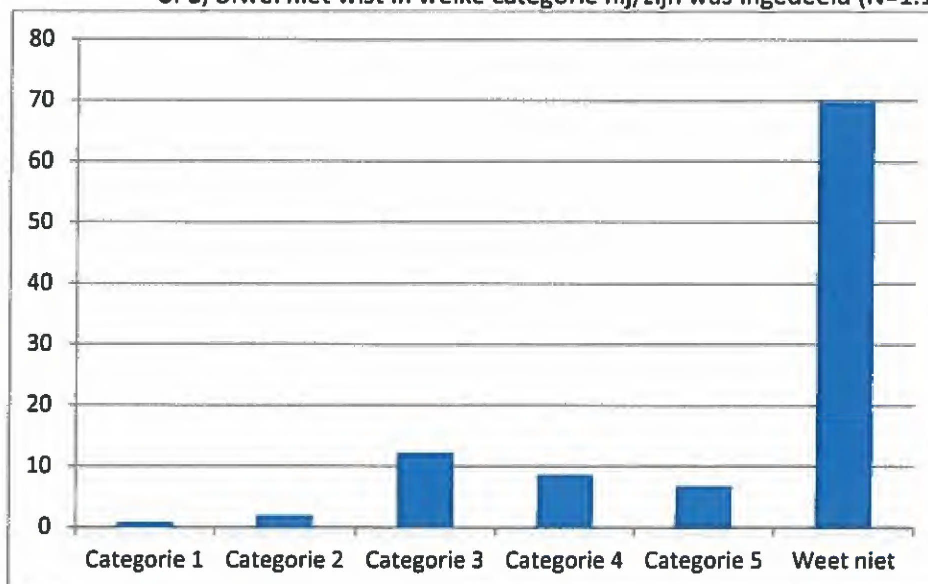
---

[2] Gezien de afwijkende vergoedingsniveaus van verstrekte hoortoestellen in het laatste kwartaal van 2012 en het eerste kwartaal van 2013 (zie hoofdstuk 4) en aangezien de metingen over deze perioden plaatsvonden onder slechts twee audicienketens hebben we ter controle ook de ervaringen in 2009/2010 en 2011/2012 (voor beleidswijziging) vergeleken met de ervaringen in de tweede helft van 2013 en eerste helft van 2014 (na beleidswijziging). De verbetering in gemiddelde scores op de CQI Audiciens was in deze vergelijking in de meeste gevallen iets groter.

uitgevoerd en 69% een spraak-audiometrie (nazeggen van woorden). Een klein groepje (3%) gaf aan dat er geen één test is uitgevoerd, ook niet door de kno-arts of audioloog. Het overgrote merendeel (91%) geeft aan dat de audicien hun wensen ten aanzien van het hoortoestel grotendeels of helemaal heeft besproken.

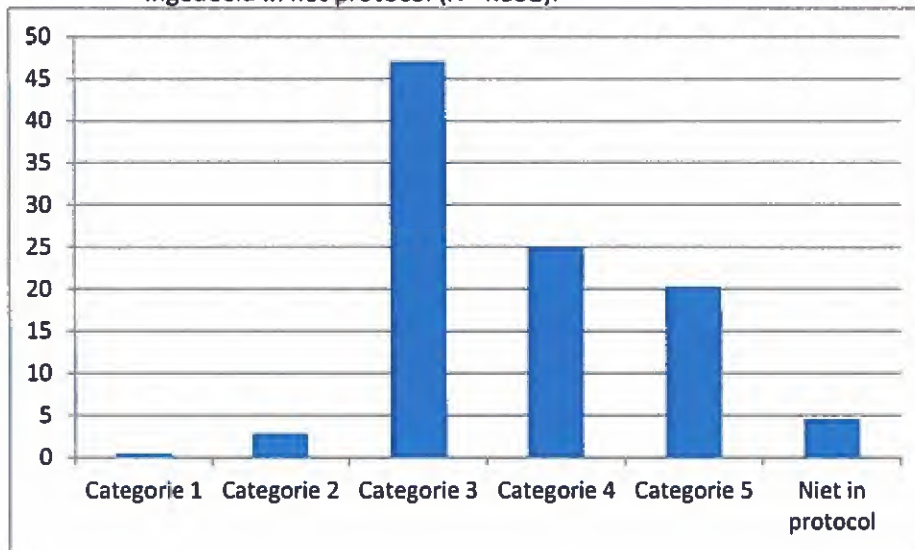
Aan respondenten is gevraagd in welke categorie hoortoestel ze zijn ingedeeld. Figuur 3.3 laat zien dat het merendeel (70%) van de hoortoesteldragers niet weet in welke categorie hij/zij is ingedeeld. Van de respondenten die het wel weten geven de meesten aan dat ze zijn ingedeeld in categorie 3 (12%) of 4 (9%).

Figuur 3.3 Percentage respondenten dat aangaf ingedeeld te zijn in categorie 1, 2, 3, 4 of 5, ofwel niet wist in welke categorie hij/zijn was ingedeeld (N=1.175).



Vanuit de deelnemende audicienketens was bekend welk merk en type hoortoestel de respondenten hadden. Op basis van een bestand beschikbaar gesteld door de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) konden we nagaan tot welke categorie de hoortoestellen behoren en dus hoeveel hoortoestellen binnen een bepaalde categorie zijn verstrekt. Figuur 3.4 laat zien dat vooral hoortoestellen uit categorie 3 tot en met 5 zijn verstrekt. Deze verdeling is vergelijkbaar met de verdeling in figuur 3.3 wanneer we de categorieën 'weet niet' en 'niet in protocol' buiten beschouwing laten.

Figuur 3.4 Percentage hoortoestellen ingedeeld in categorie 1, 2, 3, 4, of 5, ofwel niet ingedeeld in het protocol (N=4.352).



Informatievoorziening

Volgens het Indicatieprotocol hoorzorg moeten audiciens hun klanten informeren over het recht om achtereenvolgend twee verschillende hoortoestellen uit te proberen. 44% van de respondenten geeft aan dat dit besproken is, volgens 43% is dit niet het geval en 14% weet dit niet.

De audicien heeft de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen bij de zorgverzekeraar als het niet lukt om een slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing, of wanneer de klant ontevreden is over de twee verschillende hoortoestellen die hij/zij op proef gehad heeft. Van de respondenten geeft 16% aan dat deze mogelijkheid besproken is, 49% zegt dat dit niet is gebeurd en 35% weet dit niet.

Wanneer een klant de voorkeur geeft aan een hoortoestel buiten de toegewezen categorie kan deze er voor kiezen om dit toestel op eigen kosten aan te schaffen. 17% van de respondenten geeft aan dat deze mogelijkheid door de audicien besproken is, 58% zegt van niet en 25% weet dit niet.

Keuzevrijheid binnen het nieuwe beleid

Verder blijkt dat 60% van de respondenten naar de audicien van zijn/haar keuze is gegaan; 9% van de respondenten is naar een andere audicien gegaan omdat de eerste audicien geen contract had met de zorgverzekeraar. De overige respondenten (31%) gaven aan dat de contractering door de zorgverzekeraar geen rol speelden.

Ongeveer 20% van de respondenten had meer hoortoestellen willen proberen in de proefperiode. 40% van de respondenten kon uit één hoortoestel kiezen; van deze groep vond de helft (50%) dit genoeg. 26% van de mensen kon uit twee hoortoestellen kiezen en 80% vond dit genoeg. Relatief weinig mensen konden uit drie (18%) of vier of meer

(16%) hoortoestellen kiezen. Vrijwel alle mensen (94% en 97%) die keuze uit drie of meer hoortoestellen hadden, vonden dit voldoende. Samengenomen betekent dit dat twee derde van de mensen uit één of twee hoortoestellen kon kiezen. Van deze groep vond bijna 40% dit niet genoeg; dit is een kwart van alle respondenten.

Ongeveer driekwart van de respondenten gaf aan dat de audicien hen grotendeels of helemaal hielp bij het maken van een keuze tussen hoortoestellen. Volgens een kwart (26%) hielp de audicien hen niet of een beetje bij het maken van deze keuze.

3.2 Ervaringen met het hoortoestel

3.2.1 Respondenten

Tabel 3.3 geeft de achtergrondkenmerken van de respondenten op de CQI Hoortoestellen. Aangezien de vragenlijst is opgestuurd naar dezelfde groep die de CQI Audiciens ontving, lijken beide groepen respondenten op elkaar. Ook van de respondenten op de CQI Hoortoestellen was ongeveer 60% man en twee derde was ouder dan 65 jaar. Ongeveer de helft had lager tot middelbaar beroepsonderwijs als opleidingsniveau. Het merendeel beoordeelde zijn/haar gezondheid als goed tot uitstekend. De meeste respondenten vulden de vragenlijst in voor zichzelf.

Bij ongeveer de helft van de hoortoesteldragers gingen de ervaringen over hun eerste hoortoestel; bij de andere helft ging het om een herhaalaanschaf. De mate van slechthorendheid zat voor de meeste hoortoesteldragers tussen de 31-90 dB. Dit betekent dat ze zonder hoortoestel gefluister, delen van gesprekken of bepaalde zachte medeklinkers niet kunnen verstaan. Bijna een derde had naast de slechthorendheid last van tinnitus.

Tabel 3.3 Achtergrondkenmerken van respondenten op de CQI Hoortoestellen (periode 2009-2014; N = 15.929)

	N	%
Kenmerken invuller van de vragenlijst		
Geslacht		
Man	9.657	60,6
Vrouw	5.826	36,6
Onbekend	446	2,8
Leeftijd		
Tot en met 54 jaar	1.581	9,9
55 tot en met 64 jaar	3.176	19,9
65 tot en met 74 jaar	5.345	33,6
75 tot en met 79 jaar	2.381	15,0
80 jaar en ouder	3.053	19,2
Onbekend	393	2,5

tabel 3 3 wordt vervolgd

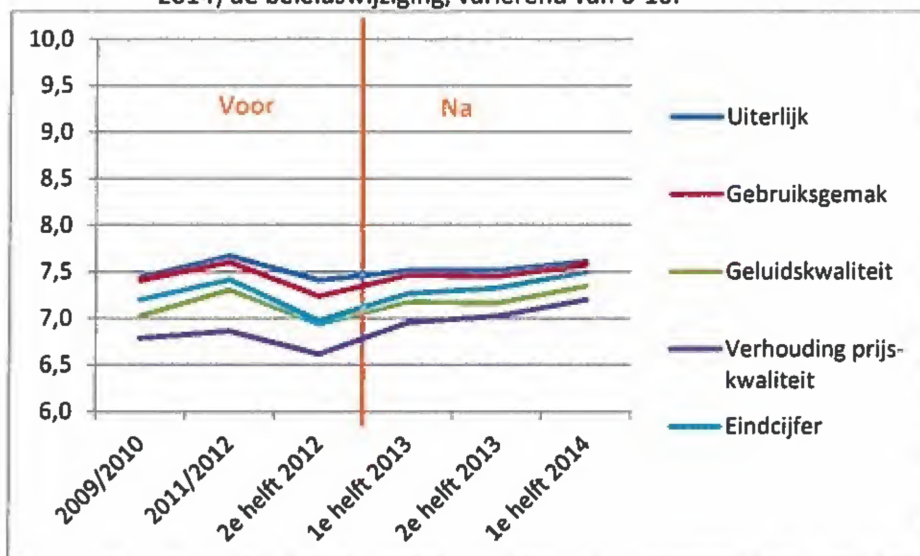
vervolg tabel 3.3

	N	%
Opleiding		
Geen	343	2,2
Lager onderwijs	1.216	7,6
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	2.830	17,8
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	2.857	17.9
Middelbaar beroepsonderwijs	2.460	15,4
Hoger algemeen onderwijs en VWO	1.192	7,5
Hoger beroepsonderwijs	3.100	19,5
Wetenschappelijk onderwijs	1.173	7,4
Onbekend	758	4,8
Ervaren gezondheid		
Uitstekend	1.427	9,0
Zeer goed	2.811	17,7
Goed	8.524	53,5
Matig	2.554	16,0
Slecht	292	1,8
Onbekend	321	2,0
Voor wie is de vragenlijst ingevuld		
Respondent zelf	14.247	89,4
Kind	68	0,4
Partner	530	3,3
Familie/vriend/kennis	443	2,8
Onbekend	641	4,0
Kenmerken hoortoesteldrager		
Eerste hoortoestel of herhaalaanschaf		
Eerste hoortoestel	8.296	52,1
Herhaalaanschaf	7.332	46,0
Onbekend	301	1,9
Mate van slechthorendheid		
0-30 dB	647	4,1
31-60 dB	6.635	41,7
61-90 dB	5.795	36,4
>90 dB	1.408	8,8
Onbekend	1.444	9,1
Andere aandoeningen		
Hyperacusis (overgevoeligheid voor geluid)	1.464	9,2
Tinnitus (oorsuizen)	5.108	32,1
Ziekte van Menière (draaierigheid/duizeligheid)	1.152	7,2
Brughoektumor bij het oor	106	0,7
Overig	924	5,8

3.2.2 Algemene waarderingen en schaalscores

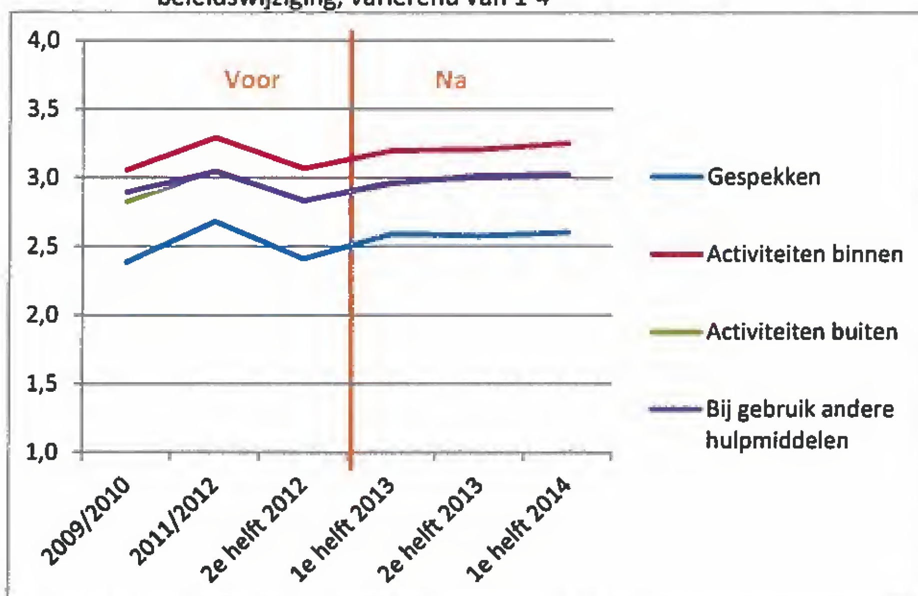
Het hoortoestel werd over de jaren gemiddeld gewaardeerd met een 7,0-7,5 (op een schaal van 0 tot 10; zie figuur 3.5). Mensen waren het meest tevreden over het uiterlijk en het gebruiksgemak van het hoortoestel en wat minder tevreden over de geluidskwaliteit.

Figuur 3.5 Algemene waardering van het hoortoestel voor (2010-2012) en na (2013-2014) de beleidswijziging, variërend van 0-10.

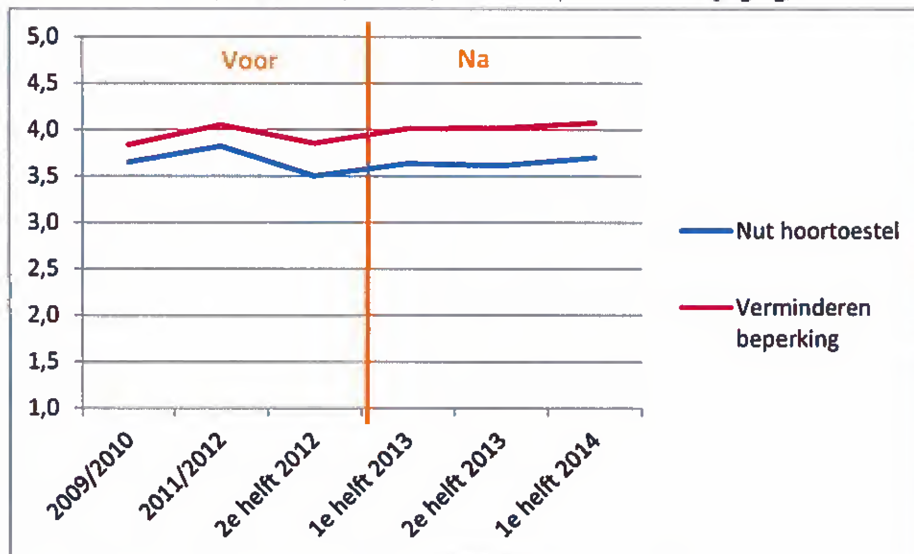


De schaalscores laten zien dat de respondenten gematigd positieve ervaringen rapporteerden met de geluidskwaliteit van het hoortoestel (zie figuur 3.6). De ervaringen met de geluidskwaliteit waren het minst positief tijdens het voeren van gesprekken en het meest positief bij activiteiten binnen. Uit figuur 3.7 blijkt verder dat mensen hun hoortoestel over het algemeen de moeite waard vinden en dat het hoortoestel de beperkingen ten gevolge van de slechthorendheid voor een groot deel wegneemt.

Figuur 3.6 Gemiddelde schaalscores betreffende ervaringen met de geluidskwaliteit bij gebruik van het hoortoestel voor (2010-2012) en na (2013-2014) de beleidswijziging, variërend van 1-4



Figuur 3.7 Gemiddelde schaalscores betreffende het ervaren nut van het hoortoestel voor (2010-2012) en na (2013-2014) de beleidswijziging, variërend van 1-5



3.2.3 *Vergelijkingen over de tijd*

De ervaringen met het hoortoestel zijn over de jaren redelijk stabiel gebleven met wederom een lichte daling in de tweede helft van 2012 (voor de beleidswijziging; zie figuren 3.5 tot en met 3.7). Uit de vergelijkende analyses bleek dat de ervaringen met het hoortoestel op ongeveer de helft van de aspecten verbeterd waren na de beleidswijziging (zie tabel 3.4). Het ervaren nut van het hoortoestel is gedaald. Opnieuw gaat het om redelijk kleine verschillen.[3]

[3] Ook hier hebben we ter controle de ervaringen in 2009/2010 en 2011/2012 (voor beleidswijziging) afgezet tegen de ervaringen in de tweede helft van 2013 en eerste helft van 2014 (na beleidswijziging). De verschillen tussen voor en na de beleidswijziging waren minder groot bij het buiten beschouwing laten van de ervaringen in de tweede helft van 2012 en eerste helft van 2013.

Tabel 3.4 Verschillen in gemiddelde scores op de CQI Hoortoestellen voor en na de beleidswijziging[a]

	Verschil tussen voor en na beleidswijziging	p-waarde
Algemene waardering		
Uiterlijk	+0,01	0,597
Gebruiksgemak	+0,03	0,335
Geluidskwaliteit	+0,06	0,021*
Eindoordeel	+0,10	<0,001*
Schaalscores		
Geluidskwaliteit bij gesprekken	+0,01	0,346
Geluidskwaliteit bij activiteiten binnen	+0,02	0,097
Geluidskwaliteit bij activiteiten buiten	+0,03	0,021*
Geluidskwaliteit bij gebruik van hulpmiddelen	+0,03	0,543
Ervaren nut hoortoestel	-0,05	0,001*
Verminderen van beperking door hoortoestel	+0,06	<0,001*

[a]Verschil in gemiddelde scores is gebaseerd op multilevel analyses met merk hoortoestel als level 1 variabele (REML methode) waarbij is gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en ervaring gezondheid van de respondenten;
* p<0,05 is significant verschil

3.3 Wie zijn tevreden/minder tevreden met de hoorzorg?

In deze paragraaf beschrijven we de resultaten op de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen voor verschillende groepen hoortoesteldragers. Wie zijn (relatief) positief of negatief over de hoorzorg na de beleidswijziging per 1 januari 2013? Door deze verschillen te bekijken kunnen we signaleren of specifieke groepen hoortoesteldragers knelpunten ervaren binnen het nieuwe beleid voor het verstrekken van hoortoestellen.

3.3.1 Verschillen in ervaringen met de audicien

Tabel 3.5 laat zien dat de ervaringen met de audicien vooral verschilden tussen verschillende leeftijdsgroepen en tussen mannen en vrouwen. Mensen van 54 jaar en jonger hadden minder positieve ervaringen met de audicien als het gaat om bereikbaarheid, service en deskundigheid op het gebied van hoortoestellen. Mensen boven de 80 jaar rapporteerden negatievere ervaringen met de bejegening en nazorg. Vrouwen gaven hogere waarderingscijfers voor de bereikbaarheid, service en eindoordeel van de audicien dan mannen. Aan de andere kant rapporteerden vrouwen minder positieve ervaringen met de snelheid en bereikbaarheid, nazorg en deskundigheid op het gebied van de hoorzorg. Ook verschilden de ervaringen naar gelang de categorie gehoorprobleem waarin iemand was ingedeeld. Mensen ingedeeld in categorie 1 waren minder tevreden over de service, communicatie, nazorg, en de audicien in het algemeen. Maar zoals te zien in figuur 3.3 betreft dit een zeer kleine groep respondenten (N =10).

3.3.2 *Verschillen in ervaringen met het hoortoestel*

Jongere mensen rapporteerden positievere ervaringen met het hoortoestel dan oudere mensen (zie tabel 3.6). Vrouwen waren op de meeste punten positiever over het hoortoestel dan mannen. Hetzelfde gold voor mensen die voor het eerst een hoortoestel aanschaften. Daarnaast verschilden de ervaringen tussen mensen met een hoortoestel uit verschillende categorieën. Vooral mensen met een hoortoestel uit categorie 3 en 5 waren positiever over hun hoortoestel.

Tabel 3.5 Verschillen in ervaringen met de audicien tussen groepen respondenten na de beleidswijziging (periode 2013-2014; N = 6.754)

	Leeftijd	Geslacht	Wel/niet naar andere audicien vanwege contractering verzekeraar	Categorie gehoorprobleem
Algemene waardering				
Bereikbaarheid	55 jaar en ouder positiever dan t/m 54 jaar 74 t/m 79 jaar positiever dan 55 t/m 64 jaar	vrouwen positiever dan mannen	-	-
Service	55 jaar en ouder positiever dan t/m 54 jaar	vrouwen positiever dan mannen	-	mensen in categorie 2 t/m 5 positiever dan categorie 1
Deskundigheid	-	-	-	-
Communicatie	-	-	-	mensen in categorie 2 t/m 5 positiever dan categorie 1
Nazorg	-	-	groep die niet naar andere audicien ging was positiever	mensen in categorie 5 positiever dan categorie 1
Eindoordeel	-	vrouwen positiever dan mannen	-	mensen in categorie 5 positiever dan categorie 1
Schaalscores				
Bejegening	t/m 74 jaar positiever dan 80 jaar en ouder 55 t/m 64 jaar positiever dan 75 t/m 79 jaar	-	-	-
Onderhoud en reparatie	-	-	-	-
Snelheid en bereikbaarheid	55 t/m 79 jaar positiever dan t/m 54 jaar	mannen positiever dan vrouwen	groep die niet naar andere audicien ging was positiever	-
Nazorg	55 t/m 79 jaar positiever dan 80 jaar en ouder	mannen positiever dan vrouwen	-	-
Deskundigheid hoortoestellen	55 t/m 74 jaar positiever dan t/m 54 jaar	-	groep die niet naar andere audicien ging was positiever	-
Deskundigheid hoorzorg	Wel hoofdeffect maar geen significante verschillen bij directe vergelijking groepen	mannen positiever dan vrouwen	-	mensen in categorie 3 en 4 positiever dan categorie 2

- er zijn geen significante verschillen tussen de groepen

Tabel 3.6 Verschillen in ervaringen met het hoortoestel tussen groepen respondenten na de beleidswijziging (periode 2013-2014; N = 6.434)

	Leeftijd	Geslacht	Wel/niet herhaalaanschaf	Categorie hoortoestel
Algemene waardering				
Uiterlijk	55 t/m 74 jaar positiever dan t/m 54 jaar 65 t/m 74 jaar positiever dan 80 jaar en ouder	mannen positiever dan vrouwen	groep die voor het eerst voor een hoortoestel kwam was positiever	mensen met toestel categorie 3 positiever dan toestel categorie 2
Gebruiksgemak	t/m 74 jaar positiever dan 75 jaar en ouder	-	-	wel hoofdeffect maar geen significante verschillen bij directe vergelijking groepen
Geluidskwaliteit	t/m 74 jaar positiever dan 75 jaar en ouder 55 t/m 64 jaar positiever dan 65 t/m 74 jaar	-	groep die voor het eerst voor een hoortoestel kwam was positiever	mensen met toestel categorie 3 en 5 positiever dan toestel categorie 2 mensen met toestel categorie 3 en 5 positiever dan toestel categorie 4
Prijs/kwaliteit-verhouding	55 t/m 74 jaar positiever dan 75 jaar en ouder	vrouwen positiever dan mannen	-	mensen met toestel categorie 3 t/m 5 positiever dan toestel categorie 1 mensen met toestel categorie 3 en 5 positiever dan toestel categorie 4
Eindoordeel	t/m 74 jaar positiever dan 75 jaar en ouder	vrouwen positiever dan mannen	-	mensen met toestel categorie 5 positiever dan toestel categorie 2 mensen met toestel categorie 3 en 5 positiever dan toestel categorie 4

Tabel 3.6 wordt vervolgd

Vervolg tabel 3.6

	Leeftijd	Geslacht	Wel/niet herhaalaanschaf	Categorie hoortoestel
Schaalscores				
Geluidskwaliteit gesprekken	alle groepen verschillen van elkaar behalve de groepen t/m 54 jaar en 55 t/m 64 jaar hoe jonger, hoe positiever	-	groep die voor het eerst voor een hoortoestel kwam was positiever	mensen met toestel categorie 3 positiever dan toestel categorie 1 en 2 mensen met toestel categorie 4 en 5 positiever dan toestel categorie 2
Geluidskwaliteit activiteiten binnen	alle groepen verschillen van elkaar behalve de groepen t/m 54 jaar en 55 t/m 64 jaar hoe jonger, hoe positiever	mannen positiever dan vrouwen	groep die voor het eerst voor een hoortoestel kwam was positiever	mensen met toestel categorie 3 positiever dan toestel categorie 1
Geluidskwaliteit activiteiten buiten	alle groepen verschillen van elkaar behalve de groepen t/m 54 jaar en 55 t/m 64 jaar en tussen 75 t/m 79 jaar en 80 jaar en ouder hoe jonger, hoe positiever	-	groep die voor het eerst voor een hoortoestel kwam was positiever	-
Geluidskwaliteit met hulpmiddelen	t/m 74 jaar positiever dan 80 jaar en ouder	-	groep die voor het eerst voor een hoortoestel kwam was positiever	mensen met toestel categorie 3 t/m 5 positiever dan toestel categorie 2
Ervaren nut hoortoestel	alle groepen verschillen van elkaar behalve de groepen t/m 54 jaar en 55 t/m 64 jaar en tussen 75 t/m 79 jaar en 80 jaar en ouder hoe jonger, hoe positiever	vrouwen positiever dan mannen	groep die voor het eerst voor een hoortoestel kwam was positiever	mensen met toestel categorie 5 positiever dan toestel categorie 2 t/m 4
Verminderen beperking door hoortoestel	t/m 74 jaar positiever dan 75 jaar en ouder 75 t/m 79 jaar positiever dan 80 jaar en ouder	vrouwen positiever dan mannen	groep die voor het eerst voor een hoortoestel kwam was positiever	mensen met toestel categorie 3 positiever dan toestel categorie 1, 4 en 5

- er zijn geen significante verschillen tussen de groepen

4 Kosten van de hoorzorg

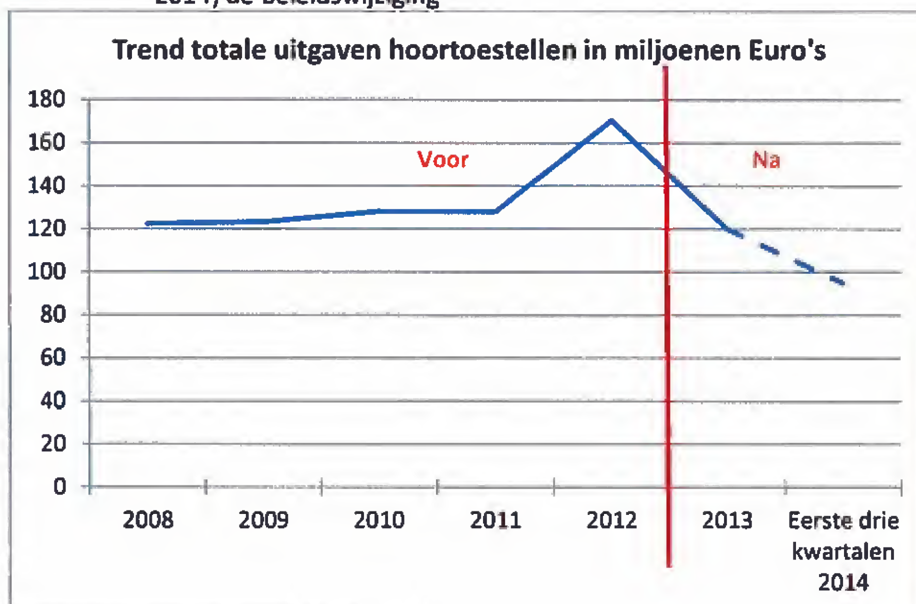
In dit hoofdstuk presenteren we een trendanalyse van de totale uitgaven aan hoortoestellen die in de periode 2008-2014 ten laste zijn gekomen van het zorgverzekeringsfonds (paragraaf 4.1), beschrijven we de resultaten van de eigen bijdragen van hoortoestelgebruikers (paragraaf 4.2) en geven we de ervaringen van hoortoesteldragers met betrekking tot de eigen bijdragen weer (paragraaf 4.3). Tot slot presenteren we in paragraaf 4.4 een overzicht van de beschikbare informatie over de gemiddelde prijzen die werden gehanteerd voor en na invoering van de beleidswijziging.

4.1 Totale uitgaven aan hoortoestellen die ten laste komen van het zorgverzekeringsfonds

De trend in de uitgaven aan hoortoestellen in de periode 2008-2014[4] is op zowel macro- als microniveau in kaart gebracht. Op macroniveau is gekeken naar de totale uitgaven aan hoortoestellen (zie figuur 4.1). Deze varieerden tussen ongeveer 122 miljoen euro en 128 miljoen euro in de periode van 2008 tot en met 2011. Opvallend is dat de totale uitgaven in 2012 een enorme stijging toonden in vergelijking met de uitgaven in de jaren daarvoor. De totale uitgaven bedroegen ongeveer 170 miljoen euro in 2012. Vervolgens zijn de uitgaven in 2013 weer sterk gedaald naar ongeveer 120 miljoen euro, zelfs tot onder het niveau van de uitgaven in 2008 tot en met 2011. De cijfers voor heel 2014 zijn nog niet bekend; de uitgaven in de eerste drie kwartalen van 2014 bedroegen ongeveer 95 miljoen euro.

[4] De eerste drie kwartalen van het jaar 2014 zijn meegenomen in de analyse.

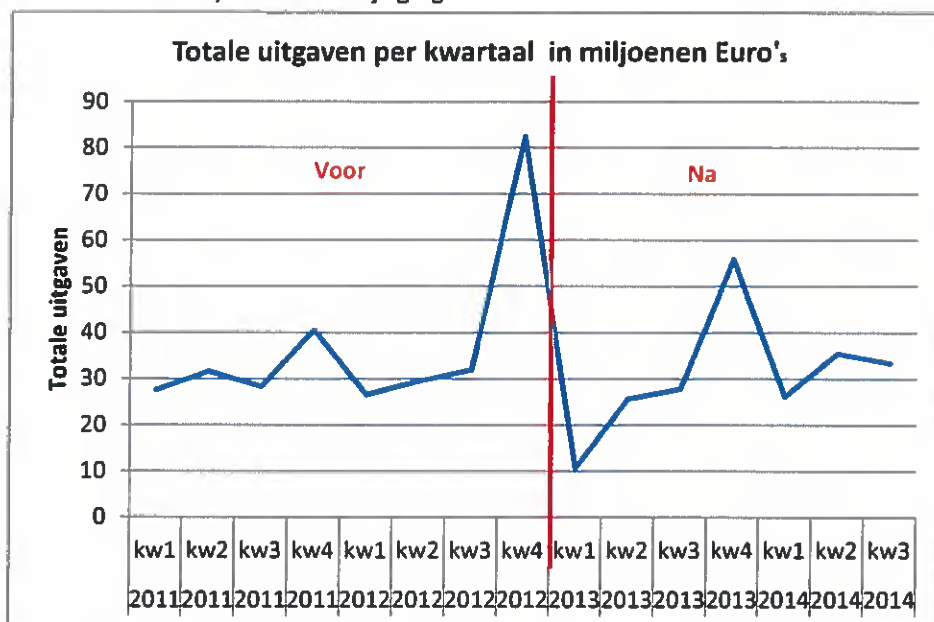
Figuur 4.1 Trend totale uitgaven hoortoestellen voor (2008-2012) en na (2013-2014) de beleidswijziging [5]



De piek in de uitgaven in 2012 kan worden verklaard door de uitgaven aan hoortoestellen in het laatste kwartaal van 2012 (zie figuur 4.2). Met de cijfers behorend bij de laatste kwartalen zijn de zogenoemde eindejaarseffecten in kaart gebracht (zie ook paragraaf 2.2.1). Figuur 4.2 laat zien dat de uitgaven in 2012 in het laatste kwartaal sterk stegen; van ongeveer 32 miljoen euro in kwartaal drie naar 82 miljoen euro in kwartaal vier. Vervolgens daalden de uitgaven in het eerste kwartaal van 2013 naar 11 miljoen euro om vervolgens weer te stijgen naar ongeveer 26 miljoen euro in kwartaal twee en naar 56 miljoen euro in kwartaal vier. De uitgaven in het laatste kwartaal van 2013 zijn hoger dan de uitgaven per kwartaal in de periode voor de beleidswijziging. De cijfers van de eerste drie kwartalen in 2014 bedragen ongeveer 26 miljoen euro in het eerste kwartaal, 35 miljoen euro in het tweede kwartaal en 33 miljoen euro in het derde kwartaal. Deze cijfers voor 2014 in de eerste drie kwartalen zijn hoger dan de respectievelijke kwartalen in 2013. Het lijkt dat deze stijgende trend in uitgaven per kwartaal zich voortzet.

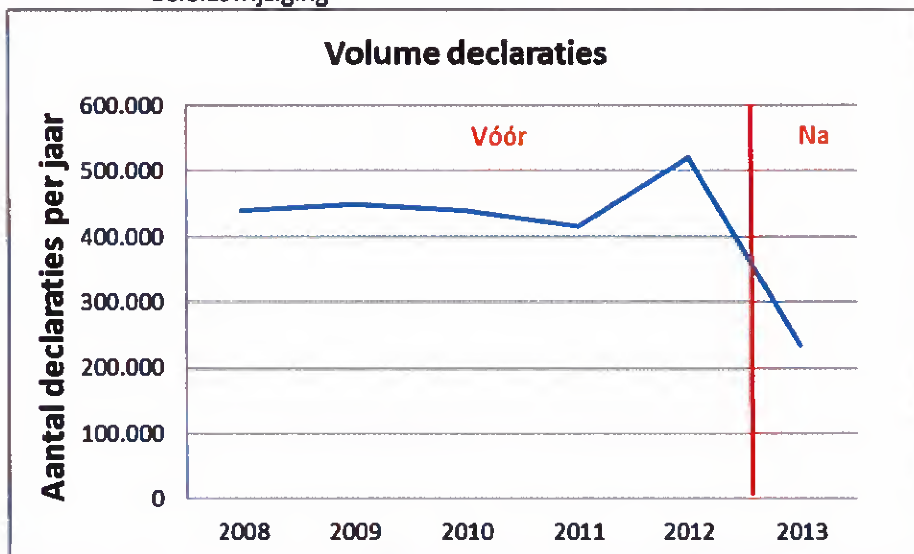
[5] De GIP data over 2014 betreft de eerste drie kwartalen. De data bevat 97% van de totale uitgaven in de eerste drie kwartalen. Afgezien van één zorgverzekeraar hebben alle zorgverzekeraars de benodigde gegevens aangeleverd.

Figuur 4.2 Totale uitgaven hoortoestellen per kwartaal voor (2011-2012) en na (2013-2014) de beleidswijziging



Figuur 4.3 laat zien dat de aanmerkelijke stijging in de uitgaven aan hoortoestellen in 2012 vooral kan worden verklaard door een plotselinge stijging in het aantal ingediende declaraties voor hoortoestellen van 416.300 (in 2011) naar 520.000 (in 2012). Het betreft een procentuele toename van 24,9% (n=103.700) ten opzichte van 2011. Vervolgens is het aantal declaraties in 2013 (n=233.700) gedaald tot onder het niveau van het aantal declaraties in 2008 tot en met 2011. Dit verklaart de daling in de uitgaven aan hoortoestellen in 2013 tot onder het uitgavenniveau in 2008 en 2011 (zie figuur 4.2).

Figuur 4.3 Aantal ingediende declaraties voor (2008-2012) en na (2013) de beleidswijziging[6]



4.2 Eigen bijdragen

Op basis van CQI data geven we inzicht in de individuele betaalbaarheid van hoortoestellen. De door hoortoestelgebruikers ingevulde eigen bijdragen worden vervolgens naast de onderzoeksresultaten van Brons en Dreschler (2014) gelegd. Tevens wordt gekeken naar de ervaringen van hoortoestelgebruikers met het betalen van eigen bijdragen van hoortoestellen.

4.2.1 Gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker

De CQI data bevat informatie op microniveau over de totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestelgebruiker voor de periode 2009-2014 (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Gemiddelde kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestelgebruiker (in euro's volgens de CQI data betreffende de periode 2009-2014)

Jaar	Gemiddelde Kosten	Gemiddelde vergoeding	Gemiddelde eigen bijdrage
Voor beleidswijziging			
2009/2010	2374	1172	1202
2011/2012	2562	1374	1188
Tweede helft 2012	2618	1340	1279
Na beleidswijziging			
Eerste helft 2013	2028	1318	710

-tabel 4.1 wordt vervolgd-

[6] De data is t/m 2013 geactualiseerd. De GIP gegevens voor de eerste drie kwartalen van 2014 zijn nog niet beschikbaar.

-vervolg tabel 4.1-

Tweede helft 2013	2032	1393	639
Eerste helft 2014)	2018	1429	588
Verschil tussen 2009/2010 en eerste helft 2014 in %	-15%	+21,9%	-51,1%

Aan de hand van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat de gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker in de jaren na de beleidswijziging aanmerkelijk lager ligt dan in de jaren voor de beleidswijziging. De gemiddelde eigen bijdrage in de eerste helft van 2014 ligt 51,1% lager dan in 2009/2010.

Opvallend is dat de gemiddelde kosten per gebruiker in de eerste helft van 2014 15% lager liggen dan in 2009/2010. De vergoeding per gebruiker in de eerste helft van 2014 is daarentegen met 21,9% gestegen ten opzichte van 2009/2010. De lagere eigen bijdrage kan deels worden verklaard door een daling in de gemiddelde kosten per gebruiker en deels door een stijging in de gemiddelde vergoeding per gebruiker in het nieuwe beleid.

4.2.2 *Gemiddelde eigen bijdrage per hoortoestel*

Naast de gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker is ook gekeken naar de gemiddelde eigen bijdrage per hoortoestel in de periode 2009-2014 (zie tabel 4.2). Ook hiervoor is gekeken naar de gemiddelde kosten en vergoeding per hoortoestel om een mogelijke daling of stijging in de eigen bijdrage te kunnen verklaren.

Tabel 4.2 Gemiddelde kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestel (in euro's volgens de CQI data betreffende de periode 2009-2014)

Jaar	Gemiddelde Kosten	Gemiddelde vergoeding	Gemiddelde eigen bijdrage
Voor beleidswijziging			
2009/2010	1301	653	648
2011/2012	1366	734	632
Tweede helft 2012	1423	730	693
Na beleidswijziging			
Eerste helft 2013	1128	731	397
Tweede helft 2013	1144	783	361
Eerste helft 2014	1143	807	336
Verschil tussen 2009/2010 en eerste helft 2014 in %	-12,2%	+23,6%	-48,1%

De ontwikkeling in de eigen bijdrage per hoortoestel tussen 2009/2010 en eerste helft van 2014 verloopt simultaan met de ontwikkeling in de eigen bijdrage per gebruiker. De eigen bijdrage per hoortoestel ligt in de jaren na de beleidswijziging aanmerkelijk lager

dan in de jaren voor de beleidswijziging. Ook hier kan de lagere eigen bijdrage deels worden verklaard door een daling in de gemiddelde kosten per hoortoestel en deels door een stijging in de gemiddelde vergoeding per hoortoestel in het nieuwe beleid.

De gemiddelde totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage in 2011/2012 en 2013 kunnen we vergelijken met de bevindingen van Brons en Dreschler (2014). Hoewel de resultaten niet identiek zijn, geven de berekeningen van zowel Ecorys (op basis van CQI data) als het onderzoek van Brons en Dreschler (2014) weer dat de gemiddelde totale kosten tussen 2011/2012 en 2013 zijn afgenomen (zie tabel 4.3). Deze daling kan worden verklaard door een hogere vergoeding en een lagere eigen bijdrage in 2013 ten opzichte van 2011/2012.

Tabel 4.3 Gemiddelde kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestel berekend door het AMC[7] en Ecorys (in euro's volgens de CQI data betreffende de periode 2011-2013)

Jaar	Gemiddelde kosten		Gemiddelde Vergoeding		Gemiddelde eigen bijdrage	
	Ecorys	AMC	Ecorys	AMC	Ecorys	AMC
Voor beleidswijziging						
2011/2012	1366	1246	734	673	632	568
Na beleidswijziging						
2013[8]	1128	1040	731	794	397	246
Procentuele verandering tussen 2011/2012 en 2013	-17%	-17%	0%	18%	-37%	-57%

4.3 Ervaren betaalbaarheid van het hoortoestel

Voor het in kaart brengen van de ervaren betaalbaarheid van het hoortoestel is gebruik gemaakt van het percentage respondenten dat aangaf het betalen van de eigen bijdrage voor een hoortoestel te hebben ervaren als een probleem (zie figuur 4.4). Daarnaast wordt inzicht gegeven in de ervaren prijs-kwaliteitverhouding van hoortoestellen.

De mate waarin de eigen bijdrage wordt ervaren als een probleem
Opvallend is de daling in het percentage hoortoestelgebruikers dat de eigen bijdrage van een hoortoestel heeft ervaren als een groot probleem. Over de jaren heen is dit percentage gedaald van 15% in 2009/2010 naar 5% in de eerste helft van 2014.

[7] De bedragen van het onderzoek van Brons en Dreschler zijn afgerond.
[8] De resultaten van Ecorys uit 2013 betreffen de resultaten van de eerste helft van 2013.

Figuur 4.4 Ervaren betaalbaarheid van hoortoestelgebruikers betreffende de periode 2009-2014.



Aangezien de meeste respondenten de vragenlijst voor zichzelf invulden en ouder waren dan 18 jaar is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de ervaren betaalbaarheid (d.w.z. de mate van de eigen bijdrage die wordt ervaren als een groot probleem) van de aanschaf van hoortoestellen voor kinderen.

Prijs-kwaliteit verhouding

We hebben ook gekeken naar de ervaren prijs-kwaliteit verhouding op een schaal van 0 tot en met 10 in de periode 2009-2014. Tabel 4.4 laat zien dat de beoordeling van de prijs-kwaliteit verhouding lichtelijk is verbeterd over de jaren heen.

Tabel 4.4 Gemiddelde waardering van de prijs-kwaliteit verhouding op een schaal van 0 t/m 10 betreffende de periode 2009-2014

Jaar	Gemiddelde waardering
Voor beleidswijziging	
2009/2010	6,8
2011/2012	6,9
Tweede helft 2012	6,6
Na beleidswijziging	
Eerste helft 2013	7,0
Tweede helft 2013	7,1
Eerste helft 2014	7,2

4.4 Prijzen van hoortoestellen

Een betrouwbare prijsvergelijking van hoortoestellen over de tijd wordt bemoeilijkt door het ontbreken van exacte en consistente prijsdata van hoortoestellen over de periode 2008-2013. We hebben - op basis van afzonderlijke bronnen – een overzicht gecreëerd van de jaarlijkse gemiddelde hoortoestelprijzen.

Er lijkt sprake te zijn van een daling in de prijzen van hoortoestellen in de periode 2009-2014. Geen van de geraadpleegde bronnen bevat informatie over gehanteerde hoortoestelprijzen in 2008.

De studies van Boer & Croon (2010) en Stichting PACT (Dreschler et al., 2009) beschrijven informatie over gemiddelde hoortoestelprijzen in 2009. Boer & Croon kwamen uit op een gemiddelde prijs per hoortoestel van 1019 euro. Stichting PACT heeft gekeken naar inkoopprijzen van hoortoestellen, die vervolgens zijn vertaald naar consumentenprijzen. In deze studie werd een range van prijzen gehanteerd: de hoortoestelprijs varieerde tussen de 485 en 2100 euro in 2009.

De gemiddelde kosten per hoortoestel uit de CQI data vormen een indicatie voor de verkoopprijs van een hoortoestel. De gemiddelde kosten per hoortoestel in 2009/2010 waren gelijk aan 1301 euro.

De prijsrange van 2011 ligt tussen de 1017 en 1129 euro. De gemiddelde prijzen van hoortoestellen in 2011 zijn gebaseerd op informatie van een zorgverzekeraar en een vertegenwoordiger van de NVAB. Deze prijzen zaten dicht bij elkaar. De zorgverzekeraar berekende een gemiddelde prijs per hoortoestel van 1129 euro. De NVAB schatte de gemiddelde prijs van een hoortoestel rond de 1017 euro.

Voor 2012 is de prijsrange 990-1423 euro. Hiervoor is onder andere gekeken naar de gemiddelde kosten per hoortoestel berekend door Zorgverzekeraars Nederland (ZN; 1000 euro), Brons en Dreschler (1246 euro) en CQI data (tweede helft 2012; 1423 euro). De NVAB schatte de gemiddelde prijs van een hoortoestel in 2012 op 990 euro.

In 2013 lag de gemiddelde prijs voor een hoortoestel tussen de 650 en 1144 euro. De minimumprijs komt voort uit een schatting van de NVAB. Ook voor 2012 is gekeken naar de gemiddelde kosten per hoortoestel berekend door ZN (750 euro), Brons en Dreschler (1040 euro) en CQI data (eerste helft 2013: 1128 euro; tweede helft: 1144 euro).

Voor 2014 beschikken we over de gemiddelde kosten per hoortoestel berekend aan de hand van de CQI data: 1143 euro (meting eerste helft 2014).

5 Samenvatting en discussie

In dit onderzoek evalueerden het NIVEL en Ecorys de effecten van het gewijzigde beleid voor het verstrekken van hoortoestellen. Per 1 januari 2013 zijn de functiegerichte aanspraak op hoorhulpmiddelen alsook een nieuw vergoedingssysteem ingevoerd. Deze wijzigingen zouden moeten resulteren in een verbeterde doelmatigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de hoorzorg bij gelijkblijvende lasten voor het zorgverzekeringsfonds en zonder noemenswaardig verlies van kwaliteit. In het onderzoek gaven we antwoord op de vraag: *'Heeft het nieuwe beleid voor het verstrekken van hoortoestellen de beoogde effecten ten aanzien van de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit van de hoorzorg en het hoortoestel en ten aanzien van de betaalbaarheid van de hoorzorg?'* In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van het onderzoek samengevat.

5.1 Ervaren kwaliteit van de hoorzorg

5.1.1 Positieve ervaringen met audicien en hoortoestel voor en na de beleidswijziging

Hoortoesteldragers zijn over het algemeen positief over de audicien en hun hoortoestel. Deze ervaringen zijn redelijk stabiel over de jaren (periode 2010-2014). Na de beleidswijziging waren de ervaringen met de dienstverlening van de audicien op de meeste aspecten positiever dan ervoor. Ook de ervaringen met het hoortoestel zijn op een aantal punten verbeterd. Het gaat hierbij om redelijk kleine verschillen. Dit betekent dat de invoering van de beleidswijziging zoals beoogd door de minister van VWS niet gepaard is gegaan met een verlies in de ervaren kwaliteit van de hoorzorg.

5.1.2 Verbeterpunten implementatie Indicatieprotocol hoorzorg

Om de functiegerichte aanspraak vorm te geven is door Zorgverzekeraars Nederland het Indicatieprotocol hoorzorg vastgesteld. Binnen dit protocol worden zowel het gehoorprobleem van een persoon als de hoortoestellen ingedeeld in vijf categorieën variërend van simpel (categorie 1) tot complex/geavanceerd (categorie 5). De audicien beoordeelt op basis van audiologische testen en de Amsterdamse vragenlijst in welke categorie het gehoorprobleem van de klant valt. Het is de vraag of het Indicatieprotocol hoorzorg reeds volledig is geïmplementeerd. Maar ongeveer de helft van de mensen gaf aan dat ze een vragenlijst hadden ingevuld over hun gehoorprobleem in verschillende luistersituaties en een grote groep mensen (circa 70%) weet niet in welke categorie ze vallen. Ook was bijna 5% van de hoortoestellen niet ingedeeld in één van de vijf categorieën.

Er liggen voor de audicien verbeterpunten als het gaat om de informatievoorziening. Een aanzienlijke groep (43-58%) geeft aan dat de volgende onderwerpen niet zijn besproken:

het recht om twee hoortoestellen te proberen, de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen, en de mogelijkheid om een hoortoestel op eigen kosten aan te schaffen. Dit terwijl in het Indicatieprotocol hoorzorg staat dat mensen deze informatie van de audicien zouden moeten krijgen. Hierbij is het wel belangrijk om de vraag te stellen of alle onderwerpen relevant zijn voor alle hoortoesteldragers en dat dus iedereen hierover ingelicht dient te worden. Mensen waarbij het eerste hoortoestel binnen de toegewezen categorie tot een bevredigend hoorresultaat leidt, hebben waarschijnlijk minder behoefte aan deze informatie. Ook is het mogelijk dat mensen de informatie wel hebben gehad, maar dit ten tijde van het invullen van de vragenlijst niet meer weten. Het meegeven van een informatiefolder is mogelijk een gemakkelijke manier om de informatievoorziening te verbeteren.

Daarnaast zijn het aanbod van hoortoestellen binnen een categorie en de ervaren keuzevrijheid punten van aandacht. De meerderheid gaf aan uit één of twee hoortoestellen te kunnen kiezen en ongeveer 40% vond dit niet voldoende; dit is een kwart van de totale groep. Eén op de vijf had graag meer hoortoestellen willen proberen.

Het is onbekend hoe de ervaringen van hoortoesteldragers met de informatievoorziening en keuzevrijheid waren vóór de wijziging in het beleid voor het verstrekken van hoortoestellen. Op basis van de huidige resultaten kunnen dan ook geen uitspraken worden gedaan over het effect van de beleidswijziging hierop. Ook is nader onderzoek nodig om de ervaringen met het Indicatieprotocol hoorzorg te bepalen. Een mogelijkheid zou zijn om de ervaringen van hoortoesteldragers te vergelijken tussen klanten van audiciens die werken via het Indicatieprotocol hoorzorg en klanten van audiciens die het protocol nog niet (volledig) hebben ingevoerd. Een andere optie is om de CQI metingen te herhalen op het moment dat vrijwel alle audiciens volgens het (digitale) protocol werken.

5.1.3 Verschillen tussen groepen

Een belangrijke vraag is of er bepaalde groepen mensen zijn die (relatief) positief of negatief zijn over de hoorzorg na de beleidswijziging per 1 januari 2013. Zijn er bijvoorbeeld bepaalde groepen die problemen ervaren binnen het nieuwe beleid?

De ervaringen met de audicien verschilden met name tussen verschillende leeftijdsgroepen en tussen mannen en vrouwen. Mensen onder de 54 jaar waren minder positief over de audicien als het gaat om bereikbaarheid, service en deskundigheid op het gebied van hoortoestellen. Mensen van 80 jaar en ouder rapporteerden minder positieve ervaringen met de bejegening en nazorg. De verschillen tussen mannen en vrouwen waren niet eenduidig.

Bij de ervaringen met het hoortoestel was duidelijk te zien dat hoe ouder iemand is, hoe minder positief de ervaringen met het hoortoestel waren. Mogelijk dat de oudere groep minder optimaal gebruik weet te maken van de verschillende mogelijkheden van het

hoortoestel of om andere redenen beperkt worden in verschillende luistersituaties. Vrouwen en mensen die voor het eerst een hoortoestel aanschaften waren op de meeste punten positiever over het hoortoestel. Daarnaast vonden we verschillen in ervaringen tussen mensen met een hoortoestel uit verschillende categorieën. Mensen met een hoortoestel uit categorie 3 en 5 waren positiever over hun hoortoestel.

Er zijn signalen dat de toegankelijkheid van de hoorzorg mogelijk in gebreke blijft bij kinderen met gehoorproblemen. Zo zouden ouders vanwege de kosten afzien van het aanschaffen van een hoortoestel voor hun kind met alle gevolgen voor de ontwikkeling van het kind van dien (zie https://www.hoorwijzer.nl/downloads/130719-brief-reparatie-wet-100_vergoeding-voor-kinderen-tot-18-jaar.pdf). Door te kleine aantallen konden we in het huidige onderzoek de ervaringen van deze groep niet in kaart brengen. Hiervoor is aanvullend onderzoek nodig dat zich specifiek richt op ouders met kinderen met gehoorproblemen.

5.2 Betaalbaarheid van de hoorzorg

5.2.1 *Financiële effecten ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds*

De kosten ten laste van het zorgverzekeringsfonds zijn gedaald na de beleidswijziging. In 2012 bedroegen de totale uitgaven ongeveer 170 miljoen euro. Vervolgens zijn de uitgaven in 2013 sterk gedaald naar ongeveer 120 miljoen euro, zelfs tot onder het niveau van de uitgaven in 2008 tot en met 2011.

Opvallend aan de trendanalyse van de kosten van hoortoestellen is de drastische kostenstijging in 2012 ten opzichte van de voorgaande jaren. Deze stijging kan mogelijk worden verklaard door de aangekondigde beleidswijziging, waardoor een groot aantal hoortoestelgebruikers neigden tot een vroegtijdige aankoop van een hoortoestel door onzekerheid met het nieuwe beleid. De volumestijging die hiervan mogelijk het gevolg is geweest, vormt de grootste verklarende factor voor de stijging van de kosten in 2012. Onze resultaten gebaseerd op de GIP data, bevestigen deze stijging in volume. Gegeven het stabiele vergoedingsniveau in de periode 2011-2012 kan worden geconcludeerd dat de aanmerkelijke stijging in uitgaven een resultaat is van de toename in het volumeniveau in dezelfde periode.

5.2.2 *Eigen bijdragen*

Door de beperkte en gefragmenteerde – objectieve - informatie omtrent eigen bijdragen en prijzen kon geen betrouwbare conclusie worden getrokken over de hoogte van de eigen bijdragen per hoortoestel in de periode 2008-2012. Aan de hand van de CQI data kon wel de eigen bijdrage per gebruiker en per hoortoestel in kaart worden gebracht. Hieruit bleek dat de hoogte van de eigen bijdrage is gedaald na de beleidswijziging. De gemiddelde eigen bijdrage in de eerste helft van 2014 (336 euro) ligt 51,1% lager dan in 2009/2010 (648 euro). Deze daling wordt bevestigd door soortgelijk onderzoek dat is

uitgevoerd door Brons en Dreschler (2014) van het AMC. De lagere eigen bijdrage kan deels worden verklaard door een daling in de gemiddelde kosten per gebruiker en deels door een stijging in de gemiddelde vergoeding per gebruiker in het nieuwe beleid.

Het percentage hoortoestelgebruikers dat het betalen van de eigen bijdrage van een hoortoestel heeft ervaren als een groot probleem is eveneens gedaald van 15% in 2009/2010 naar 5% in de eerste helft van 2014. Concluderend kunnen we stellen dat de betaalbaarheid voor de hoortoestelgebruiker na de beleidswijziging is verbeterd.

5.2.3 Prijzen van hoortoestellen

Een betrouwbare prijsvergelijking van hoortoestellen over tijd wordt bemoeilijkt door het ontbreken van exacte en consistente prijsdata van hoortoestellen over de periode 2008-2014. Gebaseerd op afzonderlijke bronnen, hebben we ruwe schattingen en berekeningen kunnen maken van de hoortoestelprijzen voor de periode 2009-2014. Deze prijzen dienen hoogstens ter indicatie van de range waarbinnen de gemiddelde hoortoestelprijs varieerde in de periode voor en na de beleidswijziging. Hoewel de mate waarin de prijzen vergelijkbaar zijn discutabel is, lijkt het waarschijnlijk dat de jaarlijkse prijzen van hoortoestellen zijn gedaald tussen 2009 en 2014. Op basis van de analyse kan echter niet worden geconcludeerd dat de daling in prijs een effect is van de beleidswijziging. Dit verdient dan ook nader onderzoek.

5.3 Discussie

De evaluatie is voor een groot deel gebaseerd op de resultaten van CQI metingen. Uniek aan het huidige project is dat we konden beschikken over de resultaten van de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen uit meerdere metingen en over een langere periode (2009-2014). Hierdoor was de ervaren kwaliteit en betaalbaarheid van de hoorzorg bekend van grote groepen hoortoesteldragers met verschillende achtergrondkenmerken, zowel voor als na de beleidswijziging. Aangevuld met de financiële gegevens vormden deze gegevens een uitstekende basis voor het in kaart brengen van de effecten van de beleidswijziging. Wel is het zo dat de respons op de CQI metingen redelijk laag was. De respons op de door ons georganiseerde metingen in 2014 varieerde tussen 6 en 32% met een gemiddelde respons van 23% op de CQI Audiciens en van 25% op de CQI Hoortoestellen. Aangezien we geen gegevens hadden over de groep die de vragenlijsten niet invulde, kunnen we niet zeggen of er sprake is van een response bias. Daarnaast zou de evaluatie aan kracht hebben gewonnen als de prijzen van hoortoestellen meer transparant waren geweest.

Het huidige onderzoek richtte zich op twee soorten uitkomsten: de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit en de betaalbaarheid van de hoorzorg. Het zou interessant zijn om ook de verschillende stakeholders die te maken hebben met de invoering van de functiegerichte aanspraak en het nieuwe vergoedingssysteem (denk aan audicienbedrijven en zorgverzekeraars) te vragen naar hun ervaringen met het

gewijzigde beleid. Op die manier kan een breder beeld van de effecten van de beleidswijziging ontstaan zoals de context waarbinnen de wijzigingen hebben plaatsgevonden en de mechanismes waarlangs uitkomsten tot stand komen (Pawson et al., 2005; Stake, 1967).

5.4 Conclusie

De evaluatie van de invoering van functiegerichte aanspraak en het nieuwe vergoedingssysteem van hoortoestellen laat zien dat de beleidswijziging de beoogde effecten heeft ten aanzien van de door hoortoesteldragers ervaren kwaliteit van de hoorzorg en ten aanzien van de betaalbaarheid van de hoorzorg. Sinds 1 januari 2013 zijn de ervaringen van hoortoesteldragers met de audicien en het hoortoestel gelijk gebleven dan wel verbeterd. Zowel de kosten ten laste van het zorgverzekeringsfonds als de hoogte van de eigen bijdragen zijn gedaald na ingang van de beleidswijziging. Dit strookt met de verwachting van de minister van VWS dat door de beleidswijziging de doelmatigheid van de hoorzorg verbetert net als de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de individuele hoortoesteldrager.

Literatuur

Boer & Croon. *Gebruikers gehoord, reactie op het advies van CVZ betreffende de verstrekking van hoortoestellen.* Boer & Croon: Amsterdam, 2010.

Booij JC, Sibma T, Oosterhuis T, Hoek LS van der, Rademakers J, Hendriks M, Delnoij D, Lynden A van. *CQ-index hoortoestellen 2010: psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen.* Utrecht: NIVEL, 2011

Brons I, Dreschler, WA. *Effecten van de invoering van het ZN protocol "verstrekken hoorhulpmiddelen" deel 2.* Amsterdam: Medisch Centrum, 2014

Delnoij D, Hendriks M. De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. *TSG*, 2008; 86: 440-46

Dreschler WA, Wikkerink JA, Troost M van, Boymans M. *Compensatie van verminderd horen: Technische mogelijkheden van hoortoestellen en indicaties.* Amsterdam: Stichting Platform for Audiological Clinical Testing, 2009

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). *Hoorapparaten in België: Health Technology Assessments, Rapport KCE 91B.* Brussel: KCE, 2008.

https://www.hoorwijzer.nl/downloads/130719-brief-reparatie-wet-100_vergoeding-voor-kinderen-tot-18-jaar.pdf

Krol M, Hendriks M, Hoek L van der, Plass AM. *CQI Hoortoestellen: psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen.* Utrecht: NIVEL, 2014

Ministerie van VWS. *Vraag aan bod.* Den Haag: Ministerie van VWS, 2000

Nederlandse Vereniging Voor Slechthorenden (NVVS). *Hoortoestellen.* Verkregen via: http://www.hoorwijzer.nl/vergoedingen/vergoedingen-per-hoorhulpmiddel/hoortoestellen.html, 2013.

Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of health services research & policy*, 2005;10 Suppl 1:21-34

Sixma H, Hendriks M., Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument (Versie 2.0).* Utrecht: NIVEL/CKZ, 2008

Stake RE. The countenance of eductional evaluation. *Teacher College Record*,1967;68:523-40.

Visser ECM. *Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen. Publicatienummer 302.* Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2011

Visser ECM, Link AJ, Abbink EJAA. *Hulpmiddelenzorg 2010 (Deelrapport van het Pakketadvies 2010).* Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2010

Zorgverzekeraars Nederland. *Protocol t.b.v. verstrekken van hoorhulpmiddelen in het kader van de Zorgverzekeringswet.* Verkregen via https://zn-assets.zn.nl/p/32768/files/Hoorprotocol%20en%20Indicatieformat%20eindversie.pdf, 2012

Bijlage 1: CQI Audiciens

CENTRUM KLANTERVARING ZORG

nvvs staat voor horen

nivel

Vragenlijst

Ervaringen met een audicien

Bestemd voor mensen die voor een hoortoestel naar een audicien zijn gegaan

CQ-index Hoortoestel

versie 2.1
januari 2014

Deze vragenlijst is ontwikkeld door het Centrum Klantervaring Zorg en de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden in samenwerking met NIVEL, Vilans en de zorgverzekeraars Agis, CZ en UVIT

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

INTRODUCTIE

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met de audicien die in de brief staat vermeld. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten.

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. Ook worden uw gegevens niet met anderen gedeeld. Tenzij u nadrukkelijk toestemming geeft uw antwoorden anoniem op Hoorwijzer.nl te publiceren. Verder ziet u een nummer op de voorkant van deze vragenlijst staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te kijken of de vragenlijst al is teruggestuurd. U krijgt dan géén herinnering meer thuis gestuurd.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor de zorg die u krijgt. Als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek, zet dan een kruisje in dit vakje ☐.Stuur daarna deze bladzijde terug in de antwoordenvelop.

Heeft u vragen, dan kunt u bellen met XXXX, telefoonnummer XXXX. Zij is op alle werkdagen behalve woensdag bereikbaar tussen 10.00-14.00 uur. Of u kunt een e-mail sturen naar: XXXX.

INVULINSTRUCTIE

- Het is belangrijk dat de vragen alleen worden ingevuld door of voor de persoon die in de begeleidende brief staat. Het is niet de bedoeling om de vragenlijst aan iemand anders door te geven.
- De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door de computer niet gezien.
- Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij deze vragen staat aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.
- Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven. Wilt u dit met blokletters doen in het aangewezen vakje.
- Het kan zijn dat u sommige situaties of onderdelen niet heeft meegemaakt. Beantwoord deze vraag dan met *'niet van toepassing'*, *'weet ik niet'*, of de bij de specifieke vraag behorende extra antwoordmogelijkheid.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:

  ☒ Nee → ***Ga door naar vraag 3***

  ☐ Ja

- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat later veranderen? Zet het verkeerd ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:

  ☒ Nee

  (☒) Ja

INTRODUCTIE

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met een audicien die u in de afgelopen vijf jaar heeft bezocht voor de (mogelijke) aanschaf van een hoortoestel.

1. **Heeft u, uw kind, partner of kennis waarvoor u deze vragenlijst invult de afgelopen 5 jaar de audicien bezocht, welke in de brief vermeld wordt?**
   - ❑ Nee → ***Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de lijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvelop? (postzegel niet nodig)***
   - ❑ Ja

1a. **Heeft u over deze audicien in de afgelopen 12 maanden al eerder uw ervaringen gegeven via Hoorwijzer.nl?**
   - ❑ Nee, ik heb nog helemaal geen ervaring ingevuld of alleen over een andere audicien
   - ❑ Ja → ***U kunt slechts eenmaal een ervaring over dezelfde audicien invullen. Wilt u zo vriendelijk zijn de lijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvelop? (postzegel niet nodig)***

2. **Voor wie vult u deze vragenlijst in?**
   - ❑ Voor mijzelf: ik heb zelf een hoortoestel
   - ❑ Voor mijn kind
   - ❑ Voor mijn partner
   - ❑ Voor mijn familielid, vriend of kennis

Wanneer u de vragenlijst invult voor uw kind, partner of kennis, lees dan telkens waar het woord 'u' staat 'uw kind/partner/kennis'.

ALGEMENE GEGEVENS OVER DE AUDICIEN

De volgende vragen gaan over uw algemene ervaringen met de audicien die in de brief staat vermeld.

3. **Over welke audicien vult u deze vragenlijst in?**
   - ❑ Beter Horen
   - ❑ Hans Anders
   - ❑ Schoonenberg Hoorcomfort
   - ❑ SpecSavers
   - ❑ Zelfstandig gevestigde audicien aangesloten bij Hoorprofs
   - ❑ Anders, namelijk: ____________

   (a.u.b. in blokletters)

4. **Welke vestiging heeft u bezocht? Naam en adres:**

   ____

   (a.u.b. in blokletters)

5. **In welk jaar heeft u voor het laatst contact gehad met uw audicien?**

   ☐☐☐☐ jaartal

BEREIKBAARHEID

De volgende vragen gaan over uw ervaringen in de afgelopen vijf jaar met de bereikbaarheid van de audicien.

6. **Was de audicien telefonisch goed bereikbaar?**
   - ❑ Nooit
   - ❑ Soms
   - ❑ Meestal
   - ❑ Altijd
   - ❑ Niet van toepassing: ik heb niet geprobeerd de audicien telefonisch te bereiken

7. **Was de audicien goed bereikbaar met eigen auto?**
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja
   - ❑ Niet van toepassing: ik heb niet geprobeerd de audicien met de eigen auto te bereiken

8. **Was de audicien goed bereikbaar per openbaar vervoer?**
- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Niet van toepassing: ik heb niet geprobeerd de audicien met het openbaar vervoer te bereiken

9. **Was de audicien geopend op de momenten dat u dat wilde?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

10. **Was het mogelijk dat de audicien bij u thuis langskwam?**
- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Weet ik niet

11. **Welk cijfer geeft u de audicien wanneer het gaat om totale bereikbaarheid? Een 0 betekent: heel erg slechte bereikbaarheid. Een 10 betekent: uitstekende bereikbaarheid.**
- ❑ 0 heel erg slechte bereikbaarheid
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekende bereikbaarheid

SERVICE

De volgende vragen gaan over uw ervaringen in de afgelopen vijf jaar met de service die de audicien bood.

12. **In welk jaar bent u voor het laatst langs geweest bij uw audicien, of heeft de audicien u thuis bezocht?**

jaartal

13. **Hoe vaak heeft u contact gehad met uw audicien voor uw huidige hoortoestel? Hieronder valt ook telefonisch contact of contact per e-mail.**
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 tot 5 keer
- ❑ 6 tot 10 keer
- ❑ meer dan 10 keer

14. **Werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing: ik had geen afspraak

15. **Kon u binnen 1 week een afspraak met de audicien krijgen?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing

16. **Voerde de audicien de metingen uit in een aparte ruimte?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing

17. **Hield de audicien rekening met uw slechthorendheid?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

18. **Heeft u bij deze audicien uw hoortoestel aangeschaft of nog op proef?**
- ❑ Reeds aangeschaft
- ❑ Nog op proef → *Ga door naar vraag 26*
- ❑ Niet aangeschaft → *Ga door naar vraag 20*

19. **Heeft de audicien de financiële vergoeding en eventuele bijbetaling correct afgehandeld?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing

20. Bent u steeds door dezelfde persoon geholpen?
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

21. Heeft u uw hoortoestel uitgeprobeerd in een proefperiode?
- ❑ Nee → *Ga door naar vraag 24*
- ❑ Ja

22. Had u in de proefperiode meer soorten/merken/typen hoortoestellen willen proberen dan nu gebeurd is?
- ❑ Nee
- ❑ Ja

23. Was het duidelijk wanneer het einde van de proefperiode was en u moest beslissen over een eventuele aanschaf van uw hoortoestel?
- ❑ Nee
- ❑ Ja

24. Heeft de audicien een eindcontrole uitgevoerd om te bepalen of uw hoortoestel(len) optimaal is/zijn afgesteld? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ❑ Nee
- ❑ Ja, een spraakverstaan-test met nazeggen van woorden
- ❑ Ja, een richtinghoren-test (uit welke richting geluid komt)
- ❑ Ja, insertion gain (test met slangetje dat naast oorstukje wordt geplaatst)
- ❑ Ja, visual speech mapping (visuele weergave van hetgeen u hoort)
- ❑ Anders
- ❑ Weet ik niet

25. Heeft de audicien aanvullende hoorhulpmiddelen met u besproken? (zoals weksystemen, solo-apparatuur, ringleiding etc.)
- ❑ Nee
- ❑ Ja

26. Welk cijfer geeft u de audicien wanneer het gaat om service? Een 0 betekent: heel erg slechte service. Een 10 betekent: uitstekende service.
- ❑ 0 heel erg slechte service
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekende service

DESKUNDIGHEID

De volgende vragen gaan over uw ervaringen in de afgelopen vijf jaar met de deskundigheid van de audicien.

27. Was de audicien deskundig op het gebied van andere hooraandoeningen dan slechthorendheid (bijvoorbeeld tinnitus (oorsuizen), Ménière (draaiduizelingen) en hyperacusis (overgevoeligheid voor geluiden)?
- ❑ Nee, helemaal niet
- ❑ Een beetje
- ❑ Grotendeels
- ❑ Ja, helemaal
- ❑ Weet ik niet

28. Was de audicien deskundig op het gebied van hoortesten?
- ❑ Nee, helemaal niet
- ❑ Een beetje
- ❑ Grotendeels
- ❑ Ja, helemaal
- ❑ Weet ik niet

29. Was de audicien deskundig op het gebied van hoortoestellen?
- ❑ Nee, helemaal niet
- ❑ Een beetje
- ❑ Grotendeels
- ❑ Ja, helemaal
- ❑ Weet ik niet

30. **Was de audicien deskundig op het gebied van technische hulpmiddelen? (bijvoorbeeld wek- en waarschuwingssystemen, infrarood- en FM-systemen, solo-apparatuur, gehoorbeschermers en telefoonvoorzieningen)**
- ❑ Nee, helemaal niet
- ❑ Een beetje
- ❑ Grotendeels
- ❑ Ja, helemaal
- ❑ Weet ik niet

31. **Was de audicien deskundig op het gebied van uw gehoorverlies?**
- ❑ Nee, helemaal niet
- ❑ Een beetje
- ❑ Grotendeels
- ❑ Ja, helemaal
- ❑ Weet ik niet

32. **Welk cijfer geeft u de audicien wanneer het gaat om deskundigheid? Een 0 betekent: heel erg slechte deskundigheid. Een 10 betekent: uitstekende deskundigheid.**
- ❑ 0 heel erg slechte deskundigheid
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekende deskundigheid

COMMUNICATIE

De volgende vragen gaan over uw ervaringen in de afgelopen vijf jaar met de communicatie met de audicien.

33. **Wanneer heeft de audicien informatie over de eventuele eigen bijdrage met u besproken?**
- ❑ Bij het eerste gesprek
- ❑ Tijdens de proefperiode
- ❑ Aan het eind van de proefperiode
- ❑ Bij de afrekening
- ❑ Dit is niet besproken

34. **Kon u meebeslissen over het type en het merk hoorhulpmiddel?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

35. **Luisterde de audicien aandachtig naar u?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

36. **Had de audicien genoeg tijd voor u?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

37. **Nam de audicien u serieus?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

38. **Was de audicien beleefd tegen u?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

39. **Legde de audicien u dingen op een begrijpelijke manier uit?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

40. **Gaf de audicien u tegenstrijdige informatie?**
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

41. Welk cijfer geeft u de audicien wanneer het gaat om communicatie? Een 0 betekent: heel erg slechte communicatie. Een 10 betekent: uitstekende communicatie.

- ❑ 0 heel erg slechte communicatie
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekende communicatie

NAZORG

De volgende vragen gaan over uw ervaringen in de afgelopen vijf jaar met de nazorg door de audicien.

42. Gaf de audicien u voldoende informatie over gebruik, reiniging, onderhoud en garantie van uw hoortoestel?

- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing: ik zit nog in de proefperiode

43. Kon u een servicecontract afsluiten?

- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Niet van toepassing: ik zit nog in de proefperiode

44. Kon u een verzekering afsluiten tegen verlies en diefstal van het hoortoestel?

- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Niet van toepassing: ik zit nog in de proefperiode

45. Handelde de audicien uw klachten over het hoortoestel of de audicien correct af?

- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing: ik heb geen klachten gehad

46. Zijn er reparaties geweest aan uw hoortoestel?

- ❑ Nooit → *Ga door naar vraag 50*
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 keer
- ❑ Vaker dan 2 keer

47. Zijn de reparaties snel genoeg uitgevoerd?

- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

48. Zijn de reparaties met het gewenste resultaat uitgevoerd?

- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

49. Kreeg u een vervangend hoortoestel tijdens de reparaties?

- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing: de reparaties vonden plaats terwijl ik wachtte
- ❑ Niet van toepassing: ik wilde geen vervangend hoortoestel

50. Heeft uw hoortoestel een onderhoudsbeurt gehad?

- ❑ Nee → *Ga door naar vraag 53*
- ❑ Ja

51. Is de onderhoudsbeurt snel genoeg uitgevoerd?

- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

52. Kreeg u een vervangend hoortoestel tijdens de onderhoudsbeurt?

- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing: de onderhoudsbeurt vond plaats terwijl ik wachtte
- ❑ Niet van toepassing: Ik wilde geen vervangend hoortoestel

53. Welk cijfer geeft u de audicien wanneer het gaat om de nazorg? Een 0 betekent: heel erg slechte nazorg. Een 10 betekent: uitstekende nazorg.
- ❑ 0 heel erg slechte nazorg
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekende nazorg

VERANDERINGEN IN DE HOORZORG

Vanaf januari 2013 is de manier van toewijzing en vergoeding van hoortoestellen veranderd. Daarover willen wij u graag een paar vragen stellen.

54. De vergoeding van uw hoortoestel kan afhangen van de audicien die u kiest. Als u naar een audicien gaat waar uw zorgverzekeraar geen contract mee heeft, dan ontvangt u mogelijk een lagere vergoeding. Bent u daarom naar een andere audicien gegaan dan de audicien van uw keuze?
- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Niet van toepassing

55. De audicien kan verschillende tests uitvoeren om gehoorverlies vast te stellen. Welke van onderstaande tests heeft de audicien bij u uitgevoerd? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ❑ Horen van piepjes (toonaudiometrie)
- ❑ Nazeggen van woorden (spraak-audiometrie)
- ❑ Andere hoortest(s)
- ❑ Vragenlijst over hoe goed u in verschillende omstandigheden kunt horen
- ❑ Geen één van deze tests want ze waren al afgenomen door de kno-arts/audioloog → **ga naar vraag 57**
- ❑ Geen één van deze tests en ze zijn ook niet afgenomen door de kno-art/audioloog → **ga naar vraag 57**
- ❑ Weet ik niet (meer)

56. Gaf de audicien u de uitslag van de uitgevoerde tests?
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

57. Heeft de audicien uw wensen ten aanzien van uw hoortoestel met u besproken?
- ❑ Nee, helemaal niet
- ❑ Een beetje
- ❑ Grotendeels
- ❑ Ja, helemaal

58. Hoortoestellen worden vanaf 2013 anders verstrekt. U wordt nu ingedeeld in categorie 1, 2, 3, 4, of 5.

In welke categorie bent u ingedeeld?
- ❑ Categorie 1
- ❑ Categorie 2
- ❑ Categorie 3
- ❑ Categorie 4
- ❑ Categorie 5
- ❑ Weet ik niet (meer)

59. Uit hoeveel hoortoestellen kon u kiezen?
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4 of meer

60. Vond u dat u uit genoeg hoortoestellen kon kiezen?
- ❑ Nee
- ❑ Ja

61. Hielp de audicien u bij het maken van een keuze tussen de verschillende hoortoestellen?
- ❑ Nee, helemaal niet
- ❑ Een beetje
- ❑ Grotendeels
- ❑ Ja, helemaal

62. Heeft uw audicien de mogelijkheid met u besproken om een hoortoestel buiten de toegewezen categorie (1 t/m 5) aan te schaffen op eigen kosten?
- ❑ Nee → **ga naar vraag 64**
- ❑ Ja
- ❑ Weet ik niet → **ga naar vraag 64**

63. Wanneer heeft uw audicien de mogelijkheid om zelf een toestel aan te schaffen besproken?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- ❑ Bij het eerste gesprek
- ❑ Tijdens de proefperiode
- ❑ Aan het einde van de proefperiode
- ❑ Toen bleek dat de audicien mij geen goed hoortoestel kon bieden binnen mijn categorie
- ❑ Nadat mijn extra zorgvraag werd afgewezen → **zie uitleg na vraag 64**
- ❑ Bij de afrekening
- ❑ Weet ik niet

64. Heeft de audicien de volgende onderwerpen met u besproken?

Onderwerp:	*Ja*	*Nee*	*Weet ik niet*
a. De kosten van het hoortoestel	❑	❑	❑
b. Het recht om twee verschillende hoortoestellen uit te proberen	❑	❑	❑
c. De mogelijkheid van een extra zorgvraag → **zie uitleg hieronder**	❑	❑	❑
d. Bij wie u terecht kunt bij vragen en problemen	❑	❑	❑

Uitleg extra zorgvraag

Als u ontevreden bent over de twee verschillende hoortoestellen die u op proef heeft gehad, of als de audicien u geen passend hoortoestel kan aanbieden binnen uw categorie, dan kan uw audicien bij uw zorgverzekeraar een ' extra

TOTALE OORDEEL AUDICIEN

De volgende vragen gaan over uw totale oordeel over de ervaringen in de afgelopen vijf jaar met de audicien.

65. Als u terugkijkt naar alles wat u moest doen om uw hoortoestellen te krijgen, hoe vaak moest u dan zelf dingen regelen?
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

66. Zou u de audicien bij uw vrienden en familie met hoorproblemen aanbevelen?
- ❑ Beslist niet
- ❑ Waarschijnlijk niet
- ❑ Waarschijnlijk wel
- ❑ Beslist wel

67. Welk eindcijfer geeft u de audicien? Een 0 betekent: heel erg slechte audicien. Een 10 betekent: uitstekende audicien.
- ❑ 0 heel erg slechte audicien
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekende audicien

68. Als u één ding zou kunnen veranderen aan deze audicien, wat zou dat dan zijn?

(a.u.b. in blokletters)

69. Zou u een korte conclusie kunnen geven over deze audicien?

(a.u.b. in blokletters)

OVER UZELF (DE CLIËNT)

De volgende vragen gaan over uzelf of over degene waarvoor u de vragenlijst heeft ingevuld (uw kind/partner/kennis). Wanneer u de vragenlijst invult voor uw kind, partner of kennis, lees dan telkens waar het woord 'u' staat 'uw kind/partner/kennis'.

70. In welke mate bent u slechthorend? Tip: op uw audiogram staat uw gehoorverlies uitgedrukt in aantal decibellen (dB) bij de term 'Fletscher-gemiddelde'. U kunt deze vraag ook invullen op basis van de omschrijvingen.

- ❑ 0-30 dB: zonder hoortoestel kan ik (bijna) alles verstaan of ik kan alleen zacht gefluister niet verstaan
- ❑ 31-60 dB: zonder hoortoestel is gefluister, zijn delen van gesprekken of bepaalde zachte medeklinkers niet verstaanbaar
- ❑ 61-90 dB: zonder hoortoestel zijn (delen van) gesprekken niet verstaanbaar
- ❑ >90 dB zonder hoortoestel kan ik (bijna) niets verstaan, geschreeuw is niet verstaanbaar

71. Heeft u te maken met één van de volgende hooraandoeningen?

Hooraandoening:	*Ja*	*Nee*
Overgevoeligheid voor bepaalde geluiden (hyperacusis)	❑	❑
Oorsuizen (tinnitus)	❑	❑
Draaierigheid/duizeligheid (ziekte van Ménière)	❑	❑
Brughoektumor bij het oor	❑	❑
Overige aandoening, zoals: ______	❑	❑

(a.u.b. in blokletters)

72. Als u tinnitus, hyperacusis, Ménière of een andere hooraandoening heeft, hoe vaak heeft u daar dan last van?

- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing: hier heb ik geen last van

73. Hoe vaak in uw leven bent u aan uw oor geopereerd? (bijvoorbeeld plaatsen van buisjes, herstel van het trommelvlies etc.)

- ❑ Nooit
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 keer
- ❑ 3 keer
- ❑ 4 keer
- ❑ 5 keer of vaker
- ❑ Weet ik niet (meer)

74. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 5 jaar een oorontsteking gehad?

- ❑ Nooit
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 keer
- ❑ 3 keer
- ❑ 4 keer
- ❑ 5 keer of vaker
- ❑ Weet ik niet (meer)

75. Hoe vaak moesten uw oren in de afgelopen 5 jaar worden gereinigd? (uitgespoten, uitgezogen)

- ❑ Nooit
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 keer
- ❑ 3 keer
- ❑ 4 keer
- ❑ 5 keer of vaker
- ❑ Weet ik niet (meer)

OVER UZELF (DE INVULLER VAN DE VRAGENLIJST)

Tot slot stellen wij u een aantal vragen over uzelf. Met deze gegevens wordt nagegaan of de antwoorden van diverse groepen mensen verschillen. Indien u de vragenlijst voor iemand anders heeft ingevuld, beantwoord dan de onderstaande vragen toch over uzelf.

76. In welk jaar bent u geboren?

| | | | | jaartal

77. Bent u een man of een vrouw?

- ❑ Man
- ❑ Vrouw

78. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift)

- ❑ Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- ❑ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- ❑ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- ❑ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- ❑ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL,INAS)
- ❑ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- ❑ Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- ❑ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ❑ Anders, namelijk: ____________

(a.u.b. in blokletters)

79. Wat is het geboorteland van uzelf?

- ❑ Nederland
- ❑ Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- ❑ Suriname
- ❑ Marokko
- ❑ Turkije
- ❑ Duitsland
- ❑ Voormalig Nederlandse Antillen
- ❑ Aruba
- ❑ Anders, namelijk: ____________

(a.u.b. in blokletters)

80. Wat is het geboorteland van uw vader?

- ❑ Nederland
- ❑ Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- ❑ Suriname
- ❑ Marokko
- ❑ Turkije
- ❑ Duitsland
- ❑ Voormalig Nederlandse Antillen
- ❑ Aruba
- ❑ Anders, namelijk: ____________

(a.u.b. in blokletters)

81. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- ❑ Nederland
- ❑ Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- ❑ Suriname
- ❑ Marokko
- ❑ Turkije
- ❑ Duitsland
- ❑ Voormalig Nederlandse Antillen
- ❑ Aruba
- ❑ Anders, namelijk: ____________

(a.u.b. in blokletters)

82. Welke taal spreekt u thuis meestal?

- ❑ Nederlands
- ❑ Fries
- ❑ Nederlands dialect
- ❑ Anders, namelijk: ____________

(a.u.b. in blokletters)

83. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- ❑ Uitstekend
- ❑ Zeer goed
- ❑ Goed
- ❑ Matig
- ❑ Slecht

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

***U kunt deze opsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop.
Een postzegel is niet nodig.***

Bijlage 2: CQI Hoortoestellen







Vragenlijst

Ervaringen met een hoortoestel

Bestemd voor mensen die een hoortoestel hebben aangeschaft of op proef gehad.

CQ-index Hoortoestel
versie 2.1
januari 2014

Deze vragenlijst is ontwikkeld door het Centrum Klantervaring Zorg en de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden in samenwerking met NIVEL, Vilans en de zorgverzekeraars Agis, CZ en UVIT

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

INTRODUCTIE

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met uw hoortoestel. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten.

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. Ook worden uw gegevens niet met anderen gedeeld. Tenzij u nadrukkelijk toestemming geeft uw antwoorden anoniem op Hoorwijzer.nl te publiceren. Verder ziet u een nummer op de voorkant van deze vragenlijst staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te kijken of de vragenlijst al is teruggestuurd. U krijgt dan géén herinnering meer thuis gestuurd.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor de zorg die u krijgt. Als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek, zet dan een kruisje in dit vakje ☐. Stuur daarna deze bladzijde terug in de antwoordenvelop.

Heeft u vragen, dan kunt u bellen met XXXX, telefoonnummer XXXX. Zij is op alle werkdagen behalve woensdag bereikbaar tussen 10.00-14.00 uur. Of u kunt een e-mail sturen naar: XXXX.

INVULINSTRUCTIE

- Het is belangrijk dat de vragen alleen worden ingevuld door of voor de persoon die in de begeleidende brief staat. Het is niet de bedoeling om de vragenlijst aan iemand anders door te geven.
- De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door de computer niet gezien.
- Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij deze vragen staat aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.
- Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven. Wilt u dit met blokletters doen in het aangewezen vakje.
- Het kan zijn dat u sommige situaties of onderdelen niet heeft meegemaakt. Beantwoord deze vraag dan met *'niet van toepassing'*, *'weet ik niet'*, of de bij de specifieke vraag behorende extra antwoordmogelijkheid.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:

  ☒ Nee → *Ga door naar vraag 3*

  ☐ Ja

- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat later veranderen? Zet het verkeerd ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:

  ☒ Nee

  (☒) Ja

INTRODUCTIE

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met het hoortoestel, van het merk en model zoals in de brief vermeld staat.

1. **Heeft u, uw kind, partner of kennis waarvoor u deze vragenlijst invult in de afgelopen vijf jaar het hoortoestel (op proef) gehad, van het merk en model zoals in de brief staat vermeld?**
   - ❑ Ja, een geïmplanteerd hoortoestel (abi, baha, ponto, ci, soundbridge) → ***Deze vragenlijst is helaas niet op u van toepassing. Voor ervaringen met implantaten wordt nog een aparte vragenlijst ontwikkeld. Wilt u zo vriendelijk zijn de lijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvelop? (postzegel niet nodig)***
   - ❑ Ja, een achter- of in-het-oor toestel
   - ❑ Nee → ***Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de lijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvelop? (postzegel niet nodig)***

1a. **Heeft u over dit hoortoestel in de afgelopen 12 maanden al eerder uw ervaringen gegeven via Hoorwijzer.nl?**
   - ❑ Nee, ik heb nog helemaal geen ervaring ingevuld of alleen over een ander hoortoestel
   - ❑ Ja → ***U kunt slechts eenmaal een ervaring over hetzelfde hoortoestel invullen. Wilt u zo vriendelijk zijn de lijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvelop? (postzegel niet nodig)***

2. **Voor wie vult u deze vragenlijst in?**
   - ❑ Voor mijzelf: ik heb zelf een hoortoestel (op proef gehad)
   - ❑ Voor mijn kind
   - ❑ Voor mijn partner
   - ❑ Voor mijn familielid, vriend of kennis

Wanneer u de vragenlijst invult voor uw kind, partner of kennis, lees dan telkens waar het woord 'u' staat 'uw kind/partner/kennis'.

ALGEMENE GEGEVENS OVER UW HOORTOESTEL EN DE AANSCHAF

De volgende vragen gaan over het hoortoestel, van het merk en model zoals in de brief staat vermeld.

3. **Over welk merk hoortoestel vult u deze vragenlijst in?**
   - ❑ Audifon
   - ❑ AudioService
   - ❑ Beltone
   - ❑ Bernafon
   - ❑ Coselgi
   - ❑ Faida/Starkey
   - ❑ Hansaton
   - ❑ Interton
   - ❑ Microlux
   - ❑ Oticon
   - ❑ Phonak
   - ❑ Resound
   - ❑ SeboTek
   - ❑ Siemens
   - ❑ Sonic
   - ❑ Unitron
   - ❑ Varibel
   - ❑ Vivatone
   - ❑ Widex
   - ❑ Anders, namelijk: *(a.u.b. in blokletters)*

4. **Over welk model hoortoestel wilt u een ervaring invullen? Graag de gegevens zo volledig mogelijk overnemen van uw factuur.**

   (a.u.b. in blokletters)

5. **Welk type hoortoestel betreft het?**
   - ❑ achter het oor (AHO)
   - ❑ achter het oor met open aanpassing (AHO met open aanpassing)
   - ❑ in het oor waarbij de hele oorschelp wordt gevuld (CONCHA)
   - ❑ in het oor (IHO)
   - ❑ hoortoestel geheel in de gehoorgang (CIC)
   - ❑ hoortoestel dat aan 1 kant het geluid opvangt en doorgeeft aan het andere oor (CROS)
   - ❑ Hoorbril luchtgeleiding
   - ❑ Hoorbril beengeleiding
   - ❑ Geleidingsbeugel
   - ❑ Weet ik niet

6. **In welk jaar heeft u dit hoortoestel aangeschaft of op proef gekregen?**

   ☐☐☐☐ jaartal

7. **Is dit het eerste hoortoestel dat u gebruikt?**
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja → *Ga door naar vraag 11*

8. Hoe vaak heeft u al een hoortoestel aangeschaft?

- ❑ Ik heb nog geen hoortoestel aangeschaft, maar alleen op proef (gehad) → *Ga door naar vraag* 11
- ❑ Ik heb voor het eerst een hoortoestel(len) aangeschaft → *Ga door naar vraag* 11
- ❑ Ik heb al 2 of 3 keer een hoortoestel(len) aangeschaft
- ❑ Ik heb al 4 of 5 keer een hoortoestel(len) aangeschaft
- ❑ Ik heb al meer dan 5 keer een hoortoestel(len) aangeschaft

9. Vanaf welk jaar heeft u een hoortoestel?

☐☐☐☐ jaartal

10. Waarom heeft u een nieuw hoortoestel aangeschaft (of op proef)?

- ❑ Het oude hoortoestel was kapot
- ❑ Het oude hoortoestel voldeed niet meer voor mij
- ❑ De termijn van 5, 6 of 7 jaar waarna weer (gedeeltelijke) vergoeding plaatsvindt was verstreken
- ❑ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

11. Bent u rechtstreeks naar de audicien gegaan voor een hoortoestel, of heeft een kno-arts of audioloog uw hoortoestellen voorgeschreven?

- ❑ Ik ben rechtstreeks naar de audicien gegaan
- ❑ Een kno-arts of audioloog heeft mijn hoortoestel voorgeschreven

12. Hoe vaak bent u bij de audicien geweest om uw hoortoestel te laten afstellen?

- ❑ Geen enkele keer
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 tot 4 keer
- ❑ 5 tot 9 keer
- ❑ 10 keer of vaker

13. Hoeveel hoortoestellen heeft u de laatste keer aangeschaft, of op proef (gehad)?

- ❑ 1 hoortoestel aan één oor
- ❑ 2 dezelfde hoortoestellen aan beide oren
- ❑ 2 verschillende hoortoestellen

14. Hoe vaak gebruikt u uw hoortoestel?

- ❑ Nooit, want:

  (a.u.b. in blokletters) → *Ga door naar vraag 52*
- ❑ Onregelmatig → *Ga door naar vraag 16*
- ❑ Minder dan 1 dag per week
- ❑ 1 dag per week
- ❑ 2 tot 3 dagen per week
- ❑ 4 tot 6 dagen per week
- ❑ Elke dag

15. Hoeveel uren heeft u uw hoortoestel in de afgelopen twee weken op een gemiddelde dag gedragen?

- ❑ Niet gedragen
- ❑ Minder dan 1 uur per dag
- ❑ 1 tot 4 uren per dag
- ❑ 4 tot 8 uren per dag
- ❑ Meer dan 8 uren per dag

16. In welke situaties gebruikt u uw hoortoestel?

- ❑ Alleen in de vrije tijd
- ❑ Alleen in werk/schoolsituatie
- ❑ Zowel in vrije tijd als werk/schoolsituatie

UITERLIJK VAN UW HOORTOESTEL

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met het uiterlijk van het hoortoestel, van het merk en model zoals in de brief staat vermeld.

17. Is het een probleem dat uw hoortoestel zichtbaar is?

- ❑ Een groot probleem
- ❑ Een klein probleem
- ❑ Geen probleem
- ❑ Niet van toepassing, ik vind het een voordeel dat het toestel zichtbaar is
- ❑ Niet van toepassing, mijn hoortoestel is onzichtbaar

18. Uit hoeveel kleuren kon u kiezen?

- ❑ Geen keuze
- ❑ Keuze uit 1 t/m 3 kleuren
- ❑ Keuze uit 4 kleuren of meer
- ❑ Niet van toepassing
- ❑ Weet ik niet (meer)

19. Wat vindt u van de vormgeving/design van uw hoortoestel?
- ❑ Slecht
- ❑ Matig
- ❑ Goed
- ❑ Zeer goed
- ❑ Uitstekend

20. Welk cijfer geeft u in het totaal het uiterlijk van uw hoortoestel? Een 0 betekent: heel erg slecht uiterlijk. Een 10 betekent: uitstekend uiterlijk.
- ❑ 0 heel erg slecht uiterlijk
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekend uiterlijk

GEBRUIKSGEMAK VAN UW HOORTOESTELLEN

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met het gebruiksgemak van het hoortoestel, van het merk en model zoals in de brief staat vermeld.

21. Kan uw hoortoestel tegen vocht? (bijvoorbeeld tijdens sporten of regen)
- ❑ Nooit
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd

22. Is het vervangen van de batterij of accu makkelijk?
- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Weet ik niet

23. Hoe lang gaan de batterijen/accu van uw hoortoestel gemiddeld mee?
- ❑ Minder dan 2 dagen
- ❑ 2 dagen tot 2 weken
- ❑ 2 tot 4 weken
- ❑ 4 weken tot 2 maanden
- ❑ langer dan 2 maanden

24. Is het makkelijk om uw hoortoestel op de ringleiding stand (t-stand) te zetten?
- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Weet ik niet

25. Is het gebruik van de afstandsbediening makkelijk?
- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Weet ik niet

26. Heeft uw hoortoestel genoeg mogelijkheden om het naar uw wens in te stellen? Bijvoorbeeld het kunnen kiezen van diverse programma's en instellen van het volume.
- ❑ Nee
- ❑ Ja

27. Voldoet de pasvorm van het oorstukje van uw hoortoestel?
- ❑ Nee
- ❑ Ja

28. Hoe vaak heeft u uw hoortoestel in de afgelopen 12 maanden voor reparatie teruggebracht naar de audicien?
- ❑ Nooit
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 keer of meer

29. Welk cijfer geeft u in het totaal het gebruiksgemak van uw hoortoestel? Een 0 betekent: heel erg slecht gebruiksgemak. Een 10 betekent: uitstekend gebruiksgemak.
- ❑ 0 heel erg slecht gebruiksgemak
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekend gebruiksgemak

Geluidskwaliteit van uw hoortoestel

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met de geluidskwaliteit van het hoortoestel, van het merk en model zoals in de brief staat vermeld.

30. Hoe is de geluidskwaliteit van uw hoortoestel bij:

	Te zacht	*Goed*	*Te hard*
Weergave van eigen stem	☐	☐	☐
Zachte geluiden	☐	☐	☐
Harde geluiden	☐	☐	☐
Zeer harde geluiden	☐	☐	☐

31. Hoort u een echo of piep (bijvoorbeeld bij kauwen, glimlachen of telefoneren)?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

32. Denk eens aan een situatie waarin u erg graag beter wilde horen, voordat u uw huidige hoortoestel had. Hoeveel heeft uw hoortoestel de afgelopen twee weken in deze situatie geholpen?

- ☐ Niet geholpen
- ☐ Een beetje geholpen
- ☐ Redelijk wat geholpen
- ☐ Veel geholpen
- ☐ Heel veel geholpen

33. Denk nog eens aan een situatie waarin u erg graag beter wilde horen, voordat u uw huidige hoortoestel had. Wanneer u uw huidige hoortoestel gebruikt, hoeveel moeite heeft u dan nog steeds in deze situatie?

- ☐ Erg veel moeite
- ☐ Veel moeite
- ☐ Redelijk wat moeite
- ☐ Een beetje moeite
- ☐ Geen moeite

34. Was de geluidskwaliteit van uw hoortoestel goed in de volgende situaties, ZONDER het gebruik van overige hulpmiddelen zoals soloapparatuur, ringleiding, infrarood of FM:

	Nooit	*Soms*	*Meestal*	*Altijd*	*Geen ervaring/ weet ik niet*
Alleen (thuis of elders), bijvoorbeeld het horen van de deurbel, lekkende kraan, waarschuwingsgeluiden van de wasmachine, iets laten vallen	☐	☐	☐	☐	☐
In gesprek met één persoon	☐	☐	☐	☐	☐
In gesprek met klein gezelschap (tot 5 personen) in rustige omgeving	☐	☐	☐	☐	☐
In gesprek met klein gezelschap (tot 5 personen) met omgevingsgeluiden (bijvoorbeeld thuis met gezin en radio op achtergrond aan)	☐	☐	☐	☐	☐
In gesprek met groot gezelschap (vanaf 6 personen) in rustige omgeving (bijvoorbeeld vergadering)	☐	☐	☐	☐	☐
In gesprek met groot gezelschap (vanaf 6 personen) met omgevingsgeluiden (bijvoorbeeld receptie of feest)	☐	☐	☐	☐	☐

	Nooit	Soms	Meestal	Altijd	Geen ervaring/ weet ik niet
In een zaal met meer dan 6 personen, waarbij 1 persoon een toespraak houdt	❑	❑	❑	❑	❑
Tijdens telefoongesprek	❑	❑	❑	❑	❑
Kijkend naar televisie	❑	❑	❑	❑	❑
Luisterend naar muziek	❑	❑	❑	❑	❑
In de auto	❑	❑	❑	❑	❑
Op de fiets/brommer/motor/als voetganger in het verkeer (met windgeruis)	❑	❑	❑	❑	❑
In de natuur	❑	❑	❑	❑	❑
Tijdens het sporten	❑	❑	❑	❑	❑

35. Gebruikt u naast uw hoortoestel nog andere hoorhulpmiddelen?

❑ Nee → *Ga door naar vraag 38*
❑ Ja

36. Welke hoorhulpmiddelen gebruikt u naast uw hoortoestel nog meer? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

❑ Ringleiding/infrarood/FM (aangesloten op tv of audio-apparatuur)
❑ Soloapparatuur
❑ Waarschuwingssysteem (bijvoorbeeld lichtflits bij deurbel of bij brandalarm) → *Ga door naar vraag 38*
❑ Weksysteem (bijvoorbeeld tril- of flitswekker) → *Ga door naar vraag 38*
❑ Tekst- en/of beeldtelefoon → *Ga door naar vraag 38*
❑ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)
→ *Ga door naar vraag 38*

37. Was de geluidskwaliteit van uw hoortoestel goed in de volgende situaties, MET het gebruik van overige hulpmiddelen zoals soloapparatuur, ringleiding, infrarood of FM:

	Nooit	Soms	Meestal	Altijd	Geen ervaring/ weet ik niet
In gesprek met klein gezelschap (tot 5 personen)	❑	❑	❑	❑	❑
In gesprek met groot gezelschap (vanaf 6 personen)	❑	❑	❑	❑	❑
Kijkend naar televisie	❑	❑	❑	❑	❑
Luisterend naar muziek	❑	❑	❑	❑	❑

38. Welk cijfer geeft u de totale geluidskwaliteit van uw hoortoestel? Een 0 betekent: heel erg slechte geluidskwaliteit. Een 10 betekent: uitstekende geluidskwaliteit.

❑ 0 heel erg slechte geluidskwaliteit
❑ 1
❑ 2
❑ 3
❑ 4
❑ 5
❑ 6
❑ 7
❑ 8
❑ 9
❑ 10 uitstekend geluidskwaliteit

PRIJS/PRESTATIE

39. Wat waren de totale kosten van uw hoortoestel(len), inclusief eigen bijdrage? Bedrag in hele euro's zonder euro-teken!

€ |_|_|_|_|_|

40. Van de totale kosten, hoe hoog was het bedrag dat door de verzekeraar werd vergoed? Bedrag in hele euro's zonder euro-teken!

€ |_|_|_|_|_|

41. Van de totale kosten, hoe hoog was de eigen bijdrage? Bedrag in hele euro's zonder euro-teken!

€ |_|_|_|_|_|

42. Wat kreeg u voor het totale bedrag?

Aantal toestellen:	❑ 1 toestel	❑ 2 toestellen		
Oorstukjes:	❑ geen oorstukjes	❑ 1 oorstukje	❑ 2 oorstukjes	❑ Weet ik niet (meer)
Batterij/accu:	❑ Ja	❑ Nee	❑ Weet ik niet (meer)	
Servicecontract:	❑ Ja	❑ Nee	❑ Weet ik niet (meer)	
Verzekering:	❑ Ja	❑ Nee	❑ Weet ik niet (meer)	

43. Is het betalen van de eigen bijdrage een probleem geweest?

❑ Een groot probleem
❑ Een klein probleem
❑ Geen probleem
❑ Niet van toepassing, ik heb geen eigen bijdrage betaald

44. Welk cijfer geeft u de prijs van uw hoortoestel in vergelijking met de kwaliteit? Een 0 Betekent: heel erg slechte prijs/kwaliteitsverhouding. Een 10 betekent: uitstekende prijs/kwaliteitsverhouding.

❑ 0 heel erg slechte prijs/kwaliteitsverhouding
❑ 1
❑ 2
❑ 3
❑ 4
❑ 5
❑ 6
❑ 7
❑ 8
❑ 9
❑ 10 uitstekende prijs/kwaliteitsverhouding

TOTALE OORDEEL OVER UW HOORTOESTEL

De volgende vragen gaan over uw totale oordeel over het hoortoestel, van het merk en model zoals in de brief staat vermeld.

45. Vindt u over het algemeen genomen uw hoortoestel de moeite waard?

❑ Nee, niet de moeite waard
❑ Een beetje de moeite waard
❑ Redelijk de moeite waard
❑ Erg de moeite waard
❑ Heel erg de moeite waard

46. Werd u met uw hoortoestel de afgelopen twee weken beperkt door uw slechthorendheid in uw dagelijks leven?

❑ Heel erg beperkt
❑ Erg beperkt
❑ Redelijk beperkt
❑ Een beetje beperkt
❑ Niet beperkt

47. Hoeveel last denkt u dat mensen om u heen de afgelopen twee weken gehad hebben van uw slechthorendheid met uw hoortoestel in?

❑ Erg veel last
❑ Veel last
❑ Redelijk veel last
❑ Een beetje last
❑ Geen last

48. Had u liever een ander hoortoestel (bijvoorbeeld ander merk of type) gehad dan het hoortoestel dat u op dit moment (op proef) heeft?

- ❑ Nee
- ❑ Ja
- ❑ Weet ik niet

49. Zou u dit hoortoestel bij vrienden en familie met hoorproblemen aanbevelen?

- ❑ Beslist niet
- ❑ Waarschijnlijk niet
- ❑ Waarschijnlijk wel
- ❑ Beslist wel

50. Als u alles eens nagaat, in hoeverre heeft uw hoortoestel dan een verandering van uw levensvreugde teweeg gebracht?

- ❑ Slechter
- ❑ Geen verschil
- ❑ Iets beter
- ❑ Beter
- ❑ Veel beter

51. Als u één ding zou kunnen veranderen aan uw hoortoestel, wat zou dat dan zijn?

(a.u.b. in blokletters)

52. Welk eindcijfer geeft u uw hoortoestel? Een 0 betekent: heel erg slecht hoortoestel. Een 10 betekent: uitstekend hoortoestel.

- ❑ 0 heel erg slecht hoortoestel
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10 uitstekend hoortoestel

53. Zou u een korte conclusie kunnen geven over uw hoortoestel?

(a.u.b. in blokletters)

OVER UZELF (DE CLIËNT)

De volgende vragen gaan over uzelf, of over degene waarvoor u de vragenlijst heeft ingevuld (uw kind/partner/kennis). Wanneer u de vragenlijst invult voor uw kind, partner of kennis, lees dan telkens waar het woord 'u' staat 'uw kind/partner/kennis'.

54. In welke mate bent u slechthorend? (Tip: op uw audiogram staat uw gehoorverlies uitgedrukt in aantal decibellen (dB) bij de term 'Fletscher-gemiddelde', maar u kunt deze vraag ook invullen op basis van de omschrijvingen.)

- ❑ 0-30 dB: zonder hoortoestel kan ik (bijna) alles verstaan of ik kan alleen zacht gefluister niet verstaan
- ❑ 31-60 dB: zonder hoortoestel is gefluister, zijn delen van gesprekken of bepaalde zachte medeklinkers niet verstaanbaar
- ❑ 61-90 dB: zonder hoortoestel zijn (delen van) gesprekken niet verstaanbaar
- ❑ >90 dB zonder hoortoestel kan ik (bijna) niets verstaan, geschreeuw is niet verstaanbaar

55. Heeft u te maken met één van de volgende hooraandoeningen?

Hooraandoening:	*Ja*	*Nee*
Overgevoeligheid voor bepaalde geluiden (hyperacusis)	❑	❑
Oorsuizen (tinnitus)	❑	❑
Draaierigheid/duizeligheid (ziekte van Ménière)	❑	❑
Brughoektumor bij het oor	❑	❑
Overige aandoening, zoals:	❑	❑

(a.u.b. in blokletters)

56. Als u tinnitus, hyperacusis, Ménière of een andere hooraandoening heeft, hoe vaak heeft u daar dan last van?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd
- ☐ Niet van toepassing: hier heb ik geen last van

57. Hoe vaak in uw leven bent u aan uw oor geopereerd? (bijvoorbeeld plaatsen van buisjes, herstel van het trommelvlies etc.)

- ☐ Nooit
- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 keer
- ☐ 4 keer
- ☐ 5 keer of vaker
- ☐ Weet ik niet (meer)

58. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 5 jaar een oorontsteking gehad?

- ☐ Nooit
- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 keer
- ☐ 4 keer
- ☐ 5 keer of vaker
- ☐ Weet ik niet (meer)

59. Hoe vaak moesten uw oren in de afgelopen 5 jaar worden gereinigd? (uitgespoten, uitgezogen)

- ☐ Nooit
- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 keer
- ☐ 4 keer
- ☐ 5 keer of vaker
- ☐ Weet ik niet (meer)

OVER UZELF (DE INVULLER VAN DE VRAGENLIJST)

Tot slot stellen wij u een aantal vragen over uzelf. Met deze gegevens wordt nagegaan of de antwoorden van diverse groepen mensen verschillen. Indien u de vragenlijst voor iemand anders heeft ingevuld, beantwoord dan de onderstaande vragen toch over uzelf.

60. In welk jaar bent u geboren?

☐☐☐☐ jaartal

61. Bent u een man of een vrouw?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

62. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift)

- ☐ Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- ☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ☐ Anders, namelijk: ____________

(a.u.b. in blokletters)

63. Wat is het geboorteland van uzelf?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ Voormalig Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk: ____________

(a.u.b. in blokletters)

64. Wat is het geboorteland van uw vader?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ Voormalig Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

65. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ Voormalig Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

66. Welke taal spreekt u thuis meestal?

- ☐ Nederlands
- ☐ Fries
- ☐ Nederlands dialect
- ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

67. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

68. We willen deze vragenlijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

(a.u.b. in blokletters)

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

U kunt deze opsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop.
Een postzegel is niet nodig.

Bijlage 3: Methode CQI metingen 2010-2014

In de periode 2010-2014 hebben er verschillende metingen plaatsgevonden met de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen. De Consumer Quality Index (CQI of CQ-index) is de Nederlandse standaard voor het meten van klantervaringen met de zorg (Delnoij & Hendriks, 2008). De CQI Audiciens vraagt naar de ervaringen van hoortoesteldragers met onder andere de bejegening, deskundigheid en dienstverlening van de audiciens (zie bijlage 1; Booij et al, 2011). Om te bepalen of het proces van het verstrekken van een hoortoestel na de beleidswijziging overeenkomt met het Indicatieprotocol hoorzorg hebben we in overleg met de NVVS elf aanvullende vragen opgesteld. Deze vragen zijn bij de metingen over de tweede helft van 2013 en de eerste helft van 2014 toegevoegd aan de CQI Audiciens (zie vragen 54 tot en met 64). De CQI Hoortoestellen vraagt naar de ervaringen van hoortoesteldragers met het hoortoestel zelf (zie bijlage 2; Booij et al., 2011; Krol et al., 2014).

Tabel B3.1 geeft per meetperiode de selectiecriteria voor de respondenten en het aantal ingevulde CQI vragenlijsten weer. De metingen van 2009/2010 en 2011/2012 zijn georganiseerd door stichting Miletus, een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars. De vragenlijsten zijn in beide jaren afgenomen onder een aselecte steekproef getrokken uit het verzekerdenbestand van enkele zorgverzekeraars. Daarnaast bevat de data uit 2009/2010 ook gegevens van mensen die de vragenlijsten zonder uitnodiging hebben ingevuld op de website www.hoorwijzer.nl van de NVVS.

In 2013 en 2014 (metingen over tweede helft 2012 tot en met eerste helft 2014) hebben twee audiciensketens zelf de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen uitgezet onder al hun nieuwe klanten. Vervolgens hebben wij in 2014 (metingen over tweede helft 2013 en eerste helft 2014) aanvullende metingen uitgevoerd. Audicienketens selecteerden hiervoor 600 klanten per meting of vroegen de audiciens van 30 winkels om de vragenlijsten uit te delen aan hun klanten.

Voor alle metingen geldt dat mensen gevraagd werden om zowel de CQI Audiciens als de CQI Hoortoestellen in te vullen. De vragenlijsten zijn in 2009/2010 en 2011/2012 uitgezet onder mensen die een hoortoestel hebben aangeschaft, terwijl bij de latere metingen ook mensen die een hoortoestel op proef hadden gehad maar niet hebben aangeschaft zijn meegenomen. Bovendien moet worden opgemerkt dat de verschillende metingen onder klanten van verschillende audicienketens hebben plaatsgevonden. Vrijwel alle audicienketens zijn vertegenwoordigd in de CQI metingen, maar de meeste ketens komen niet voor in alle metingen. Twee audicienketens waren sterker vertegenwoordigd dan de anderen.

Tabel B3.1 Steekproefcriteria en aantal ingevulde vragenlijsten per meetperiode

Meetperiode	Steekproeftrekking	N CQI Audiciens	N CQI Hoortoestellen
Voor beleidswijziging			
2009/2010	Steekproef van verzekerden die in de periode 1-10-2009 tot en met 30-6-2010 een audiologisch hulpmiddel hebben aangeschaft.	1.277	1.426
2011/2012	Steekproef van verzekerden die in de periode 1-10-2011 tot en met 30-6-2012 een audiologisch hulpmiddel hebben aangeschaft.	6.029	4.821
Tweede helft 2012	Steekproef van klanten die in de periode van 1-7-2012 tot en met 31-12-2012 een audiologisch hulpmiddel hebben aangeschaft, dan wel op proef hebben gehad.	2.599	2.610
Na beleidswijziging			
Eerste helft 2013	Steekproef van klanten die in de periode van 1-1-2013 tot en met 31-6-2013 een audiologisch hulpmiddel hebben aangeschaft, dan wel op proef hebben gehad.	2.186	2.136
Tweede helft 2013	Steekproef van klanten die in de periode van 1-7-2013 tot en met 31-12-2013 een audiologisch hulpmiddel hebben aangeschaft, dan wel op proef hebben gehad. NB. één audicienketen hanteerden een andere periode, namelijk 1-11-2013 tot en met 31-03-2014.	2.979 (634 extra vragen)	2.834
Eerste helft 2014	Steekproef van klanten die in de periode van 1-1-2014 t/m 31-6-2014 een audiologisch hulpmiddel hebben aangeschaft, dan wel op proef hebben gehad. NB. één audicienketen hanteerden een andere periode, namelijk 01-04-2014 tot en met 31-08-2014. Een aantal audicienketen hebben de vragenlijsten verspreid onder klanten van 30 winkels die in de periode 1-11-2014 tot en met 19-12-2014 in de winkel kwamen.	2.224 (600 extra vragen)	2.102
Totaal		17.294	15.929

Analyses
Met beschrijvende statistiek geven we voor de zes verschillende meetperioden de ervaringen van de hoortoesteldragers met de audicien en zijn/haar hoortoestel weer. Hiervoor keken we naar de gemiddeldes op de algemene waarderingscijfers en schaalscores.

Vergelijkingen over de tijd
Vervolgens bekeken we of de ervaringen verschilden voor (meetperioden 2009/2010, 2011/2012, tweede helft 2012) en na (meetperioden eerste helft 2013, tweede helft 2013, eerste helft 2014) de beleidswijziging per 1 januari 2013. Dit deden we met multilevel analyses. Aangezien de ervaringen met de audicien zijn geclusterd binnen de audicienketens namen we de audicienketen als level 1 variabele (fixed effects) mee in de betreffende analyses. Bij het vergelijken van de ervaringen met het hoortoestel namen we het merk hoortoestel mee als level 1 variabele (REML methode). Omdat uit eerder onderzoek bekend is dat oudere mensen vaak positiever oordelen dan jongere mensen, gezonde mensen positiever zijn dan minder gezonde mensen en lager opgeleide mensen positiever zijn dan hoger opgeleide mensen (Sixma et al., 2008) corrigeerden we in de multilevel analyses voor de leeftijd, opleidingsniveau en ervaren gezondheid van de respondent.

Vergelijken van groepen
We hebben de ervaringen na de beleidswijziging vergeleken tussen verschillende groepen respondenten om zo te bepalen of sommige groepen meer of minder tevreden zijn met de huidige hoorzorg. Hiervoor hebben we variantieanalyses (ANOVA) uitgevoerd op de algemene waarderingscijfers en de gemiddelde schaalscores van de laatste drie meetperioden. We namen alleen de groep die de vragenlijsten voor zichzelf invulde mee in de analyses (N = 6.754 bij CQI Audiciens en N = 6.434 bij CQI Hoortoestellen). We bekeken voor de CQI Audiciens of er verschillen waren tussen groepen hoortoesteldragers afhankelijk van leeftijd, geslacht, mensen die naar andere audicien hebben gemoeten (vraag 54) en de categorie gehoorprobleem zoals ingevuld door de respondent (vraag 58). Bij de CQI Hoortoestellen keken we naar verschillen tussen groepen hoortoesteldragers afhankelijk van leeftijd, geslacht, eerste versus herhaalaanschaf van een hoortoestel (vraag 7) en de categorie hoortoestel zoals opgegeven door de audicien. Bij een significant verschil tussen de groepen (hoofdeffect), zijn de verschillende groepen onderling vergeleken met de Tukey-Kramer post-hoc toets. We beschouwden een verschil significant als de p-waarde kleiner was dan 0,05.

Bijlage 4: Methode financiële gegevens en betaalbaarheid

Voor het in kaart brengen van de financiële gevolgen op macroniveau, de betaalbaarheid op individueel niveau en veranderingen in de prijzen van hoortoestellen maakten we gebruik van beschikbare literatuur en bestaande gegevensbestanden. In deze bijlage worden de gebruikte informatiebronnen beschreven.

B4.1 Eigen bijdragen

Om de daadwerkelijke eigen bijdragen te berekenen is gebruik gemaakt van zowel objectieve data als subjectieve data.

Objectieve metingen
Er is getracht om een objectief beeld te krijgen van de gemiddelde eigen bijdrage van een hoortoestel vóór en na de beleidswijziging. Aan de hand van onderstaande bronnen bleek echter geen accuraat beeld geschetst te kunnen worden.

Rekentool Beter Horen
De rekentool van Beter Horen geeft per zorgverzekeraar inzicht in de eigen bijdragen van hoortoestellen. Deze cijfers gaan alleen over eigen bijdragen in de jaren na de beleidswijziging. Door het ontbreken van cijfers over eigen bijdragen vóór de beleidswijziging kan niet worden beoordeeld of de hoogte van de eigen bijdrage is veranderd als gevolg van de beleidswijziging.

GIP databank
Als alternatief is geprobeerd om de eigen bijdrage te berekenen. Gezien de onderlinge afhankelijkheid tussen de prijs, vergoeding en eigen bijdrage van een hoortoestel zowel vóór de beleidswijziging (prijs – vergoedingslimiet = eigen bijdrage) als na de beleidswijziging (prijs = eigen bijdrage(25%) + vergoeding (75%)) zijn hiervoor gegevens nodig over de jaarlijkse prijzen en vergoedingen van hoortoestellen. Hoewel cijfers over de gemiddelde vergoeding per hoortoestel achterhaald konden worden via een aanvullende data uitvraag bij de GIP databank van Zorginstituut Nederland, bleek er geen eenduidige informatie beschikbaar te zijn over de jaarlijkse prijzen van hoortoestellen. Hierdoor kon de gemiddelde eigen bijdrage per jaar – met name in de periode vóór de beleidswijziging - niet accuraat worden berekend.

Subjectieve metingen
Desk research
Recentelijk is een onderzoeksrapport verschenen van Brons en Dreschler (2014) over de kwaliteit en kosten van hoortoestelverstrekking vóór en na invoering van het nieuwe beleid. Ze hebben gebruik gemaakt van data uit 2012 en 2013 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), waarmee onder andere de gemiddelde totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestel zijn berekend. Het betreft data die is verzameld via een vragenlijst onder hoortoestelgebruikers. De cijfers over de eigen bijdrage per

hoortoestel - resulterend uit dit onderzoek – zijn vergeleken met de door ons berekende eigen bijdragen op basis van de CQI data.

CQI data
Voor het berekenen van de eigen bijdragen van hoortoestellen is gebruik gemaakt van de CQI data, welke is verzameld met de CQI Hoortoestellen. Met de data zijn de gemiddelde kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestelgebruiker en per hoortoestel berekend. Voor het berekenen van de gemiddelden per hoortoestel zijn de totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestelgebruiker eerst gedeeld door het aantal hoortoestellen dat daarvoor is aangeschaft, alvorens hiervan het gemiddelde te nemen.

Naast de hoogte van de eigen bijdrage is met de CQI data ook gekeken naar de ervaren eigen bijdrage door hoortoestelgebruikers. Hierbij is gekeken naar de mate waarin hoortoestelgebruikers de eigen bijdrage hebben ervaren als een probleem. Verder is gekeken naar het gemiddelde cijfer (op een schaal van 0 t/m 10) dat door de hoortoestelgebruiker is gegeven voor de prijs-kwaliteit verhouding van zijn of haar hoortoestel(len).

De totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage per gebruiker uit de CQI data bevatten extreme waarden van meer dan 5.000 euro. Om betrouwbare schattingen te kunnen geven van de gemiddelde totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage per gebruiker zijn de extreme waarden niet meegenomen in de analyse. Deze aanname is gebaseerd op de verdeling van de totale kosten per hoortoestelgebruiker. Ieder jaar blijkt dezelfde verdeling te hebben; de meeste waarnemingen zitten tussen 500-5000 euro. Daarnaast zijn alleen respondenten meegenomen waarvan de vergoeding en eigen bijdrage optelde tot de totale kosten. Voor de respondenten waarvoor dit niet gold (totale kosten ≠ vergoeding + eigen bijdrage) is aangenomen dat zij de vragenlijst niet juist hebben ingevuld. We hebben besloten om deze respondenten te excluderen uit de analyse. Verder bleek er voor zowel de gemiddelde eigen bijdrage als voor de ervaren betaalbaarheid sprake te zijn van 'missing values' in de CQI data. Respondenten met missing values zijn niet geïncludeerd in de analyse.

B4.2 Prijzen van hoortoestellen

De prijzen van hoortoestellen hebben we getracht in kaart te brengen met onderstaande informatiebronnen.

Desk research
Uit de initiële search naar de beleidswijziging voor het verstrekken van hoortoestellen kon worden afgeleid dat er beperkt informatie beschikbaar is over de prijsontwikkeling van hoortoestellen in het publieke domein. Kernrapporten, waaronder het rapport van Stichting PACT (Dreschler et al., 2009) en het rapport van het voormalige CVZ (Visser, 2011) bevestigen dit. Om deze reden heeft de PACT-studie gebruik gemaakt van zogenoemde prijslijsten van fabrikanten, welke een overzicht geven van de

inkoopprijzen van hoortoestellen. Consumentenprijzen worden in de PACT-studie 200-300 euro hoger geschat. De prijzen weergegeven in het CVZ rapport bleken gebaseerd op de prijzen uit de PACT studie. Daarnaast maakte het CVZ in haar rapport gebruik van een rapport over hoortoestellen uit België, waarin Europese prijzen van hoortoestellen worden vergeleken (KCE, 2008). Ook in dit rapport werd geconcludeerd dat er een gebrekkige transparantie in hoortoestelprijzen bestaat, waardoor het inzicht in de prijsontwikkeling wordt bemoeilijkt.

In het eerder genoemd onderzoek uitgevoerd door Brons en Dreschler (2014) zijn de gemiddelde kosten per hoortoestel berekend. Aangezien de gemiddelde totale kosten per hoortoestel voor een groot deel worden bepaald door de verkoopprijs van een hoortoestel geeft de verandering in de jaarlijkse gemiddelde totale kosten een indicatie voor de verandering in hoortoestelprijzen.

CQI data

Wij hebben op basis van CQI data een inschatting gemaakt van de gemiddelde verkoopprijs voor alle metingen. Het betreft een gemiddeld bedrag van de kosten per hoortoestel die in rekening is gebracht bij de hoortoestelgebruiker. Voor berekening van de kosten per hoortoestel zijn de kosten per gebruiker gedeeld door het aantal hoortoestellen dat de gebruiker heeft aangeschaft. Vervolgens is de som genomen van de kosten per hoortoestel van alle respondenten en is deze gedeeld door het aantal respondenten.

Rekentool Beter Horen

De rekentool van Beter Horen geeft per zorgverzekeraar inzicht in de eigen bijdragen van hoortoestellen na de beleidswijziging (2013-2014). Gezien de onderlinge afhankelijkheid tussen de eigen bijdrage en de verkoopprijs van een hoortoestel (eigen bijdrages 25% van de verkoopprijs), kan met behulp van de rekentool een indicatie worden gegeven van de gemiddelde verkooprijs van een hoortoestel. Ook hiervoor geldt echter dat er door ontbreken van cijfers vóór de beleidswijziging, geen verandering kan worden aangetoond in eigen bijdragen en prijzen na de beleidswijziging.

Vereniging van hoortoestelfabrikanten (GAIN) en NVAB

GAIN en de NVAB zijn benaderd voor het verkrijgen van data omtrent prijzen van hoortoestellen in de periode 2008-2013. Beide partijen gaven aan niet over exacte prijsgegevens te beschikken. Wel heeft de NVAB Ecorys voorzien van schattingen van hoortoestelprijzen in 2011, 2012 en 2013.

Zorgverzekeraars

Door de beperkt beschikbare informatie over prijzen van hoortoestellen in de periode voor de beleidswijziging (2008-2012) is contact opgenomen met Vektis om te kijken of prijsinformatie af te leiden is uit declaratiegegevens. Dit bleek niet het geval.

Vervolgens is via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een oproep gedaan aan de zorgverzekeraars om – indien beschikbaar - prijsgegevens over hoortoestellen aan te leveren. Eén zorgverzekeraar heeft gehoor gegeven aan deze oproep. Deze verzekeraar

heeft ons geanonimiseerd informatie verschaft over de prijzen van hoortoestellen van ketens en leveranciers in 2011. Deze informatie is afkomstig uit de declaratiegegevens van verzekerden.

Verder is tijdens het 14e Clingendael European Health Forum op 26 maart 2014 een presentatie gegeven door ZN, waarin onder andere het nieuwe vergoedingsbeleid voor hoortoestellen en de gemiddelde kosten per hoortoestel in 2012 en 2013 is gepresenteerd. De gepresenteerde cijfers omvatten een extrapolatie van de data naar de toekomst onder hetzelfde beleid en betreffen geen realisatiecijfers. Deze cijfers zijn gebruikt in de prijsanalyse.

Bijlage 5: Items in schaalscores CQI Audiciens

Schaal	Vragen	Antwoordcategorieën (score)
Bejegening	Hield de audicien rekening met uw slechthorendheid?	Nooit (1)
	Kon u meebeslissen over het type en het merk hoorhulpmiddel?	Soms (2)
	Luisterde de audicien aandachtig naar u?	Meestal (3)
	Had de audicien genoeg tijd voor u?	Altijd (4)
	Nam de audicien u serieus?	
	Legde de audicien u dingen op een begrijpelijke manier uit?	
	Handelde de audicien uw klachten over het hoortoestel of de audicien correct af?	
Onderhoud en reparaties	Zijn de reparaties met het gewenste resultaat uitgevoerd?	Nooit (1)
	Kreeg u een vervangend hoortoestel tijdens de reparaties?	Soms (2)
	Is het onderhoud snel genoeg uitgevoerd?	Meestal (3)
	Kreeg u een vervangend hoortoestel tijdens de onderhoudsbeurt?	Altijd (4)
Snelheid en bereikbaarheid	Was de audicien telefonisch goed bereikbaar?	Nooit (1)
	Werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?	Soms (2)
	Kon u binnen 1 week een afspraak met de audicien krijgen?	Meestal (3)
	Zijn de reparaties snel genoeg uitgevoerd?	Altijd (4)
Nazorg	Kon u een servicecontract afsluiten?	Nee (1)
	Kon u een verzekering afsluiten tegen verlies en diefstal van het hoortoestel?	Ja (4)
Deskundigheid hoortoestel	Was de audicien deskundig op het gebied van hoortesten?	Nee, helemaal niet (1)
	Was de audicien deskundig op het gebied van hoortoestellen?	Een beetje (2)
	Was de audicien deskundig op het gebied van uw gehoorverlies?	Grotendeels (3)
		Ja, helemaal (4)
Deskundigheid hoorzorg	Was de audicien deskundig op het gebied van andere hooraandoeningen dan slechthorendheid?	Nee, helemaal niet (1) Een beetje (2)
	Was de audicien deskundig op het gebied van technische hulpmiddelen?	Grotendeels (3) Ja, helemaal (4)

Bijlage 6: Items in schaalscores CQI Hoortoestellen

Schaal	Vragen	Antwoordcategorieën (score)
Gesprekken	Was de geluidskwaliteit van uw hoortoestel goed in de volgende situaties, ZONDER het gebruik van overige hulpmiddelen zoals soloapparatuur, ringleiding, infrarood of FM:	
	In gesprek met klein gezelschap (tot 5 pers.) in rustige omgeving	Nooit (1)
	In gesprek met klein gezelschap (tot 5 pers.) met omgevingsgeluiden	Soms (2)
	In gesprek met groot gezelschap (vanaf 6 pers.) in rustige omgeving	Meestal (3)
	In gesprek met groot gezelsch. (vanaf 6 pers.) met omg.geluiden	Altijd (4)
	In een zaal met meer dan 6 pers., waarbij 1 pers. toespraak houdt	
Activiteiten binnen	Was de geluidskwaliteit van uw hoortoestel goed in de volgende situaties, ZONDER het gebruik van overige hulpmiddelen zoals soloapparatuur, ringleiding, infrarood of FM:	
	Alleen (thuis of elders)	Nooit (1)
	In gesprek met één persoon	Soms (2)
	Tijdens telefoongesprek	Meestal (3)
	Kijkend naar televisie	Altijd (4)
	Luisterend naar muziek	
Activiteiten buiten	Was de geluidskwaliteit van uw hoortoestel goed in de volgende situaties, ZONDER het gebruik van overige hulpmiddelen zoals soloapparatuur, ringleiding, infrarood of FM:	
	In de auto	Nooit (1)
	Op de fiets/brommer/motor/als voetganger in het verkeer	Soms (2)
	In de natuur	Meestal (3)
	Tijdens het sporten	Altijd (4)

Hulpmiddelen	Was de geluidskwaliteit van uw hoortoestel goed in de volgende situaties, MET het gebruik van overige hulpmiddelen zoals soloapparatuur, ringleiding, infrarood of FM: In gesprek met klein gezelschap (tot 5 personen) In gesprek met groot gezelschap (vanaf 6 personen) Kijkend naar televisie Luisterend naar muziek	 Nooit (1) Soms (2) Meestal (3) Altijd (4)
Ervaren nut hoortoestel	Denk eens aan een situatie waarin u erg graag beter wilde horen, voordat u uw huidige hoortoestel had. Hoeveel heeft uw hoortoestel de afgelopen twee weken in deze situatie geholpen?	Niet geholpen (1) Een beetje geholpen (2) Redelijk geholpen (3) Veel geholpen (4) Heel veel geholpen (5)
	Vindt u over het algemeen genomen uw hoortoestel de moeite waard?	Nee, niet de moeite waard (1) Een beetje de moeite waard (2) Redelijk de moeite waard (3) Erg de moeite waard (4) Heel erg de moeite waard (5)
	Als u alles eens nagaat, in hoeverre heeft uw hoortoestel dan een verandering van uw levensvreugde teweeg gebracht?	Slechter (1) Geen verschil (2) Iets beter (3) Beter (4) Veel beter (5)
Verminderen beperking door hoortoestel	Denk nog eens aan een situatie waarin u erg graag beter wilde horen, voordat u uw huidige hoortoestel had. Wanneer u uw huidige hoortoestel gebruikt, hoeveel moeite met horen heeft u dan nog steeds in deze situatie?	Erg veel moeite (1) Veel moeite (2) Redelijk wat moeite (3) Een beetje moeite (4) Geen moeite (5)
	Werd u met uw hoortoestel de afgelopen twee weken beperkt door uw slechthorendheid in uw dagelijks leven?	Heel erg beperkt (1) Erg beperkt (2) Redelijk beperkt (3) Een beetje beperkt (4) Niet beperkt (5)
	Hoeveel last denkt u dat mensen om u heen de afgelopen twee weken gehad hebben van uw slechthorendheid met uw hoortoestel in?	Erg veel last (1) Veel last (2) Redelijk veel last (3) Een beetje last (4) Geen last (5)